

# Evalueringsrapport

Udarbejdet af DEFACTUM i samarbejde  
med COWI for Sundhedsstyrelsen  
december 2018



## Evaluering af forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri II

## **Evaluering af forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri II**

©DEFACTUM, Region Midtjylland og COWI

Format: PDF

Version: 2, revideret udgave, december 2018

ISBN: 978-87-93657-00-7

Udgivet af: DEFACTUM®, Region Midtjylland, december, 2018

Forfattere:

Pia Vedel Ankersen og Mette Houborg

Bidrag til registerdatabehandling:

Emely Ek Blæhr

Anne Marie Schak Jensen

Udarbejdet af DEFACTUM i samarbejde med COWI for Sundhedsstyrelsen.

Denne publikation citeres således:

Ankersen PV, Houborg M. Evaluering af forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri II. Aarhus: DEFACTUM, 2018.

Henvendelse vedrørende denne publikation kan ske til:

Forsker Pia Vedel Ankersen

DEFACTUM

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

E-mail: [piaank@rm.dk](mailto:piaank@rm.dk)

Hjemmeside: [www.defactum.dk](http://www.defactum.dk)

# Indholdsfortegnelse

1	Indledning	4
2	Sammenfatning og konklusion	6
3	Evalueringsdesign	10
3.1	Dataindsamling	11
4	Karakteristik for de fem ambulante akutteams	15
4.1	Ambulant akutteam, N7, Psykiatrien i Frederikshavn, Region Nordjylland	15
4.2	Ambulant akutteam, Regionspsykiatrien Vest, Region Midtjylland	15
4.3	Den Mobile Skadestue (DMS), Psykiatrisk Afdeling Vejle, Region Syddanmark	16
4.4	Ambulant akutteam, Psykiatrien Syd i Vordingborg, Region Sjælland	16
4.5	Akut Psykiatrisk Hjælp (APH), Psykiatrisk Center Frederiksberg, Region Hovedstaden	16
5	AAT's sammenhæng med indlæggelsesforbrug	18
5.1	Analysetilgang og datakilde	18
5.2	Sikkerhed ved AAT	19
5.3	Udvikling i indlæggelsesmønster for de fem optageområder til AAT	19
5.4	Afledte virkninger	30
5.5	Sammenfatning af resultater	32
6	Virksomme elementer i indsatser	33
6.1	Projekternes overensstemmelse med principper for AAT	33
6.2	Ambulant akutteam, N7, Psykiatrien i Frederikshavn, Region Nordjylland	37
6.3	Ambulant akutteam, Regionspsykiatrien Vest, Region Midtjylland	37
6.4	Den Mobile Skadestue (DMS), Psykiatrisk Afdeling Vejle, Region Syddanmark	38
6.5	Ambulant akutteam, Psykiatrien Syd i Vordingborg, Region Sjælland	38
6.6	Akut Psykiatrisk Hjælp (APH), Psykiatrisk Center Frederiksberg, Region Hovedstaden	38
7	Bilagsoversigt	40

# 1 Indledning

Et stigende antal borgere rammes af psykisk sygdom. OECD skønner, at hver femte dansker i den arbejdsdygtige alder har psykiske problemer.<sup>1</sup>

Det stigende antal borgere med psykiske problemer resulterer i et øget behov for psykiatrisk behandling.<sup>2</sup> Den mest intensive psykiatriske behandlingsform er indlæggelse. Det kan være en nødvendighed, men det er en relativt indgribende behandlingsform. Indlæggelse er relativt dyr og forbundet med et funktionstab for patienterne. Ved udskrivelse efter indlæggelse kan det resultere i udfordringer for patienterne, da hverdagskompetencer skal genetableres. Derudover giver flere patienter udtryk for, at medpatienter kan opleves som skræmmende, hvilket kan resultere i angst mv. På den baggrund fremstår det essentielt, at indlæggelser kun tilbydes, når det er den eneste relevante behandlingsmulighed.<sup>3</sup>

Satspuljeprojektet *Forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri* er et initiativ, der afprøves i den regionale psykiatri i perioden 2013 til 2017. Ambitionen er at undersøge, om det er muligt at tilbyde en mindre indgribende akut psykiatrisk behandling i ambulante regi. Ambulant akutteam (AAT)-initiativet skal ses i forlængelse af værdierne inden for psykiatrien om brugerinvolvering, afstigmatisering, empowerment og behandling på patientens præmisser, som vinder indpas i disse år.<sup>4,5</sup> I dette perspektiv er AAT-behandling en mindre indgribende behandlingsform, da det opretholder patientens mulighed for at forsætte hverdagslivet trods et nedsat funktionsniveau.

Målsætningen for de regionale AAT'er er at tilbyde et alternativ til indlæggelse for borgere med behov for akut psykiatrisk behandling. Behandlingen foregår i borgerens eget hjem eller nærmiljø. Behandlingens indhold skal være svarende til indholdet ved indlæggelsesbehandling. Derudover skal behandlingen søge at hindre den funktionsnedsættelse, som knytter sig til indlæggelsesbehandling, ved at patienten støttes og fastholdes i sine hverdagsopgaver og livsroller.

AAT er den danske betegnelse for den behandlingsform, der i international sammenhæng benævnes Crisis Resolution (Home) Team (CRT)-behandling. Behandlingstilbuddet er oprindeligt udviklet i psykiatrien i Madison, Wisconsin i 70'erne. Baggrunden for CRT/AAT var et ønske om at erstatte sengepladser med AAT-behandling og derved spare penge. I dag fremstår behovet for mere behandlingsskapacitet for de samme midler fortsat som en central målsætning i sundhedsvæsenet.

AAT-behandlingen har vundet indpas i Australien, Storbritannien, Holland, Tyskland, Norge mfl. Afprøvning af AAT-behandling i dansk kontekst skal ses i lyset af den internationale udbredelse samt målsætningerne om øget behandlingsskapacitet, 'mindst mulig indgribende behandling', empowerment og recovery.

AAT-behandling var tilbage i 2013 et relativt uafprøvet behandlingstilbud i Danmark. Den første evaluering havde derfor fokus på at undersøge, om de regionale AAT-projekter var implementeret i overensstemmelse med principper for AAT-behandling. Et vigtigt redskab i den proces var et litteraturstudie af de internationale erfaringer med CRT. Det har været medvirkende til, at der er sket en betydelig udvikling i AAT-indsatserne, således at disse i dag kan hævdes at være relevante udgaver af AAT-/CRT-behandling.

---

<sup>1</sup> [https://read.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-denmark\\_9789264188631-en#page7](https://read.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-denmark_9789264188631-en#page7)

<sup>2</sup> <https://www.regeringen.dk/nyheder/vi-loefter-i-faellesskab/>

<sup>3</sup> Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. København: Regeringens udvalg om psykiatri, 2013

<sup>4</sup> Regeringen. Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste ti år. København: Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014. [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

<sup>5</sup> Heath DS. Home treatment for acute mental disorders: An alternative to hospitalization. Philadelphia, PA: Brunner/Routledge, 2005

AAT-behandlingen udmærker sig ved at opretholde patienternes mulighed for at bibeholde dagligdagens opgaver og roller. Det er en af de positive komponenter, som AAT-brugerne fremhæver.<sup>6</sup> Generelt er der meget stor tilfredshed med AAT-behandlingen blandt patienterne. Den store tilfredshed er i høj grad udtryk for, at AAT-behandlingen understøtter patienternes personlige recovery-proces. Patienterne giver udtryk for, at de i mindre grad føler sig som patienter, samtidig med at de oplever, at behandler-patient-relationen er mere ligeværdig. Det kommer til udtryk ved formuleringer som fx "*behandlaren er jo gæst*". AAT giver altså patienterne en hjemmebanefordel. Det er en helt central pointe, idet hjemmebanefordelen kun er gældende for så vidt, behandlingen foregår hjemme hos borgeren.

På baggrund af den første evalueringsrapport fremstår AAT-behandling som et relevant alternativ til indlæggelse. Patienterne gav udtryk for, at de foretrækker AAT-behandling. De påpeger samtidig, at de kan være så forpinte og syge, at det er nødvendigt med indlæggelse. Flere foreslår derfor, at indlæggelse skal ses som et supplement til AAT-behandling.

Evalueringsrapporten er opbygget således, at afsnit 2 indeholder en sammenfatning og konklusioner af evalueringens resultater. I afsnit 3 præsenteres evalueringsdesignet og dataindsamlingen, mens de deltagende optageområder præsenteres i afsnit 4. Derefter har rapporten to hovedafsnit. I afsnit 5 præsenteres og analyseres resultater i forhold til forbrug af indlæggelser, ambulante besøg og genindlæggelser for optageområderne. Afslutningsvis identificeres i afsnit 6 de virksomme elementer i AAT-behandlingen.

---

<sup>6</sup> <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/evaluering-af-forsog-med-ambulante-akutteams-i-den-regionale-psykiatri>

## 2 Sammenfatning og konklusion

Denne evaluering undersøger, om det er lykkedes projekterne at tilbyde en AAT-behandlingsindsats, som kan fungere som et alternativ til indlæggelse. I forlængelse heraf opsummeres og gengives de virksomme elementer i AAT-behandlingsformen, som der også er redegjort for i den første evalueringsrapport og litteraturstudiet.

AAT er oprindeligt udviklet i psykiatrien i Madison, Wisconsin i 70'erne som et behandlingsalternativ til indlæggelse. Baggrunden for AAT var et ønske om at erstatte sengepladser med AAT-behandling og derved opnå en besparelse. AAT-behandlingen er siden blevet udbredt til Australien, Storbritannien, Holland, Tyskland, Norge mfl. I dag fremstår behovet for besparelser eller optimal udnyttelse af sparsomme ressourcer fortsat som en central målsætning i sundhedsvæsnet. Nye agendaer såsom recovery, 'mindst mulig indgribende behandling' og empowerment vinder også frem som centrale ambitioner for psykiatrisk behandling. Disse visioner associeres ofte med AAT-behandling.

Det rejser spørgsmålet om, hvorvidt AAT-behandling nedbringer antallet af indlæggelser og er i bedre overensstemmelse med visionen om recovery, empowerment og principperne for mindst mulig indgribende behandling? Et andet centralt spørgsmål er, hvorvidt AAT udgør et sikkert behandlingstilbud? Psykisk syge patienter er i deres sygdomsperioder kendetegnet ved at have kognitive og emotionelle forstyrrelser, forhøjet risiko for selvmord og udadreagerende adfærd. Det øger risikoen for patienter og personale, hvorfor sikkerhedsaspektet er helt centralt.

Det er også relevant at redegøre for de virksomme elementer i AAT-behandlingen. Den internationale litteratur om AAT (CRT (Crisis Resolution Team)) og erfaringerne fra implementeringen af de regionale AAT-projekter viser, at der er nogle faldgruber, som kan resultere i, at AAT-behandling ikke har en tilstrækkelig intensiv karakter til at udgøre et alternativ til indlæggelsesbehandling. Disse faldgruber er forsøgt opsummeret i sammenhæng med principperne for AAT-behandling i nærværende rapport.

### Resultater

Udviklingen i antal indlæggelser, ambulante besøg, selvmordsforsøg og selvmord er undersøgt ved at sammenligne en baseline-periode (2013) med en indsatsperiode (2015-2017). Analyserne er foretaget på baggrund af data fra Landspatientregisteret (LPR) fra AAT-projekternes optageområder<sup>7</sup> i perioden 2013 til 2017. Forhåbningen var, at AAT ville føre til en reduktion i forbruget af indlæggelser. Dette mønster kan ikke genfindes i analyserne. Analyserne viser dog ingen stigning i forbrug af indlæggelser, hvilket er tilfældet på landsplan.

Analysemetoden er en meget grov metode, som er behæftet med usikkerhed. På baggrund af analyserne i nærværende evalueringsrapport er det ikke muligt at konkludere definitivt på sammenhængen mellem implementering af AAT-behandling og udvikling i indlæggelsesforbrug.

AAT er forbundet med en stor patienttilfredshed. Det fremgår af nærværende analyse og er mere udførligt analyseret i den første evalueringsrapport om AAT.<sup>8</sup> Det er bemærkelsesværdigt, hvor stor tilfredshed der gives udtryk for i interview- og spørgeskemaundersøgelsen. AAT-behandlingen scorer højere eller som minimum det samme på hvert eneste spørgsmål sammenlignet med indlæggelses- og ambulante behandling. Det indikerer, at AAT er et behandlingstilbud, som patienter oplever som værende meningsfuldt. I de

---

<sup>7</sup> Optageområderne er Region Hovedstaden: Frederiksberg og Vanløse Kommune; Region Midtjylland: Lemvig, Struer og Holstebro Kommune; Region Nordjylland: Frederikshavn Kommune; Region Syddanmark; Vejle, Kolding og Fredericia Kommune; Region Sjælland: Guldborgsund, Lolland, Næstved og Vordingborg Kommune

<sup>8</sup> <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/evaluering-af-forsog-med-ambulante-akutteams-i-den-regionale-psykiatri>

kvalitative interview beskriver brugerne, hvad det specifikt er, som de finder meningsfuldt ved AAT-behandling.

Der er lavet en analyse af sammenhængen mellem arbejdsmarkedsfastholdelse og behandling, herunder AAT- og indlæggelsesbehandling.<sup>9</sup> Region Hovedstadens AAT-tilbud sammenlignes med indlæggelsesbehandling. Analysen viser, at der er bedre arbejdsmarkedsfastholdelse ved AAT-behandling. I et recovery-perspektiv er dette helt centralt, da det at 'recover' eller 'at komme sig' i høj grad er forbundet med muligheden for at opretholde et hverdagsliv med en tilknytning til arbejdsmarkedet. I artiklens reviewproces blev vi mødt med spørgsmålet om, hvorvidt det er AAT-behandlingen, der forårsager effekten (bedre arbejdsmarkedsfastholdelse), eller om den egentlige forklaring er, at stigmatiseringen er mindre ved AAT-behandling. Dette spørgsmål kan vi ikke svare på, men spørgsmålet er også, om det er relevant? Uanset om den bedre arbejdsmarkedsfastholdelse skyldes behandlingseffekten, eller at AAT-behandling medvirker til en afstigmatisering af akut psykisk syge patienter, er det en implikation af AAT-behandling.

Evaluator konkluderer på den baggrund at:

- AAT er et alternativ til indlæggelse.
- AAT har sammenhæng med meget høj patienttilfredshed.
- AAT er en behandlingsform, som understøtter personlige recovery-processer.
- AAT-behandling har positiv sammenhæng med arbejdsmarkedsfastholdelse.
- På baggrund af analyserne kan det ikke konkluderes, om der er sammenhæng mellem forbrug af indlæggelser og indførelse af AAT i et område.

### **Virksomme elementer**

AAT-behandling var tilbage i 2015 et relativt uafprøvet behandlingstilbud i Danmark. På daværende tidspunkt var der kun døgn-dækkende hjemmebehandling ved Psykiatriens Hus i Silkeborg og behandlingen ved Akut Psykiatrisk Hjælp på Frederiksberg, som tilbød behandling svarende til AAT/CRT. I den indledende periode af satspuljeprojektet blev der derfor arbejdet med at bringe alle regionale AAT-projekter i overensstemmelse med principper for AAT-/CRT-behandling. Den første evaluering, som udkom i 2017, er en opsamling på den proces. Et vigtigt redskab i processen med at samstemme AAT-behandlingen med principperne for AAT-/CRT-behandlingen var et litteraturstudie af CRT, som blev gennemført i forbindelse med projektet. Evalueringen resulterede i, at Region Sjællands og Region Syddanmarks AAT-tilbud blev reviderede med henblik på at opbygge funktionalitet svarende til indlæggelsesbehandling (jf. evaluering fra 2017). På baggrund af revideringerne konkluderes det, at AAT-projekterne på nuværende tidspunkt er implementeret tilnærmelsesvist i overensstemmelse med principperne for og kerneelementerne i AAT samt de lokalt udviklede implementeringsmodeller.<sup>10</sup>

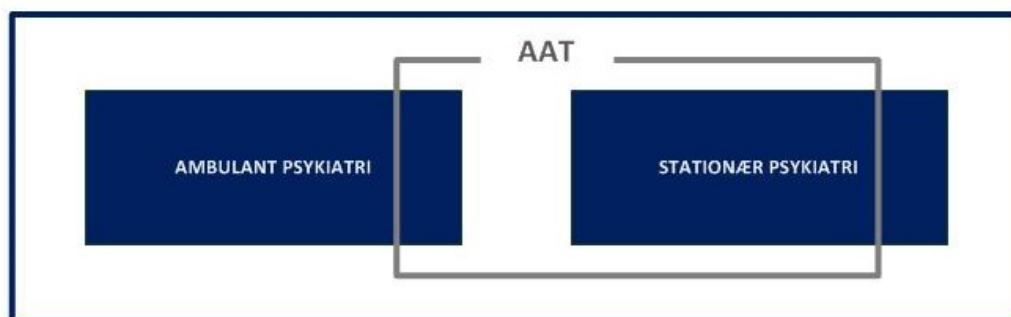
En gennemgående udfordring ved AAT er, at behandlingen skal have en intensitet svarende til indlæggelsesbehandling, men som samtidig ikke overstiger behandlingsbehovet. Denne udfordring angår dels behandlingsindholdet og dels afgrænsning af målgruppen. Målgruppen er defineret som borgere, der er tilstrækkeligt akut syge (men ikke for syge) til, at de har behov for et akut psykiatrisk behandlingstilbud svarende til indlæggelsesbehandling. I figur 1 er problematikken illustreret.

---

<sup>9</sup> Blæhr EE, Madsen JV, Christiansen NLS, Ankersen PV. The influence of crisis resolution treatment on employment: a retrospective register-based comparative study. Nord J Psychiatry. 2017 Aug 24;1-8. doi: 1365377

<sup>10</sup> <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/evaluering-af-forsoeg-med-ambulante-akutteams-i-den-regionale-psykiatri>

**Figur 1: Patientgruppe for ambulante akutteam (AAT)**



Figuren illustrerer, at AAT er en behandling, som har en målgruppe, der svarer til målgruppen for indlæggelsesbehandling (med undtagelse af de mest syge patienter). Endvidere kan AAT også anvendes til at behandle borgere, som ellers vil være i den ambulante psykiatri, givet at det har et forebyggelsesformål – men det er kun de absolut sygeste.

Internationale undersøgelser peger på, at der er flere faktorer, der er vigtige, for at sikre at AAT har en tilstrækkelig intensitet og for at undgå unødvendige indlæggelser. Dels er det vigtigt med en gatekeeperfunktion, hvor AAT-personale vurderer, om indlæggelse er nødvendig. Dels skal AAT-behandling have en varighed på maksimalt 4 uger. Det medvirker til at sikre udskrivning af patienter, som kan behandles med mindre intensive tilbud. Og dels skal AAT-behandling altid være hjemmebehandling og kun undtagelsesvis ambulatoriebehandling.

I evalueringen fremhæver patienter såvel som personale, at det bidrager positivt til behandlingen, at denne foregår i borgerens hjem. Behandlingen forbedres, idet personalet ved selvsyn kan iagttage patientens situation. Det er derfor ikke i samme omfang nødvendigt for patienten, at denne kan redegøre i detaljer for samtlige vilkår, som belaster vedkommende. Det giver patienten og behandleren bedre mulighed for at koordinere deres forståelser af patientens sygdomssituation og belastninger (sociale, familiære, arbejdsmæssige, boligmæssige og i forhold til netværk herunder pårørende, venner, omgangskreds mv.). Hjemmebehandlingen bidrager til at illustrere svære betingelser, udfordringer mv. Den bedre koordinerede forståelse gør det lettere at tilpasse behandlingen patientens konkrete udfordringer og hverdagsliv. Der sker desuden en opbygning af mestringskompetencer, som sættes i anvendelse med det samme. De konkrete øvelser og afprøvninger af nye strategier til at håndtere belastninger erstatter de mere teoretiske samtaler, som finder sted under indlæggelse. Fx om hvordan man kan arbejde med at løse udfordringerne, når man bliver udskrevet. Det fremhæves som en stor fordel af såvel patienter som behandlere.

Et andet væsentligt forhold, som fremhæves af AAT-brugerne, er, at hjemmebehandling gør det lettere at fastholde hverdagslivet og hverdagslivets roller som mor/far, familiemedlem, nabo, ven/veninde, arbejdstager, studerende osv. Det er en væsentlig forskel fra tilværelsen som indlagt, hvor rollen som patient er dominerende. Endvidere beskriver brugerne, at de oplever en "hjemmebanefordel". AAT-personalet bliver gæster og patienterne værter. Det initierer et mere ligeværdigt forhold, hvor behandleren naturligt får en større ydmyghed.

En af sundhedsvæsenets store udfordringer er koordineringen mellem enheder i sundhedssystemet. Koordineringsbehovet er ofte mellem den regionale behandlingspsykiatri, kommunale tilbud (bostøtte, familieafdeling, arbejdsmarkedsafdeling mv.), patientens læge osv. Løsningerne er ofte en forudsætning for, at borgerne kan blive hjemme ved AAT-behandling. Det bliver mere åbenlyst, hvad patienten har brug for, fordi behandlerne kan se det ved selvsyn. Det er ikke usædvanligt, at der fx også er problematikker i forhold til økonomi (banken), forsikringer, arbejdsgiver og familie- og pårørenderelationer.



AAT-personalet og brugerne beskriver, at AAT-personalet ofte etablerer aftaler med de relevante instanser og deltager i møder. Det er initiativer, som patienterne beskriver som en stor hjælp i forhold til at få tilrettelagt en overskuelig og overkommelig hverdag. Det fremhæves som en fordel af flere patienter, bl.a. fordi de oplever at få tilknyttet den nødvendige kommunale støtte mv.

Evaluators konkluderer på den baggrund at:

- AAT-projekterne har implementeret indsatser i overensstemmelse med principperne for AAT-behandling. I tilfælde hvor det har været relevant at revidere indsatserne, er det sket i et samarbejde mellem projekterne, SST og DEFACTUM.
- Indsatsernes kernestrategier vurderes relevante og virksomme (behandling svarende til indlæggelse, hjemmebesøg, opbygning af mestringskompetencer i naturligt læringsmiljø, koordinerende arbejde) vurderes virksomme.
- AAT udmærker sig ved, at være en drivkraft for koordineringen af serviceydelser, tilvejebringelse af relevant hjælp og services fra bl.a. banker, arbejdsgivere, uddannelsesinstitutioner mv.
- Medarbejderne fremhæver følgende elementer som afgørende:
  - Helhedsorienteret behandling på patientens præmisser
  - Bedre indsigt i patientens udfordringer og ressourcer
  - Samarbejde med øvrige relevante aktører: kommunale instanser, patientens egen læge, arbejdspladsen, banken mv.
- AAT-brugere fremhæver følgende elementer som afgørende:
  - "Hjemmebanefordel", en bedre, mere åben og indsigtfuld relation mellem behandler og patient
  - Opretholdelse af hverdagslivet og hverdagsroller bevirker, at patientrollen ikke bliver dominerende.

Dette taler i høj grad for udbredelse af AAT-behandling som en alternativ behandlingsform til indlæggelsesbehandling. Det bør dog understreges, at det er meget vigtigt at være helt skarp på, hvornår AAT-behandling *ikke* er relevant. Det er *ikke* relevant, når patienter er meget forpinte, stærkt selvmordstruede eller meget udadreagerende. Endvidere er AAT ikke relevant, hvis et mindre intensivt tilbud er tilstrækkeligt, eksempelvis ambulant behandling ved ambulatoriebesøg, psykologbehandling eller behandling ved egen læge.

Afslutningsvis bør patienternes udtalelser vedrørende AAT som alternativ til indlæggelse erindres. De påpeger, at AAT er et alternativ til indlæggelse, som de foretrækker. Såfremt de ikke er i en situation, hvor de er så forpinte, at det er livsnødvendigt med indlæggelsesbehandling. Konklusionen i et patientperspektiv er derfor, at indlæggelsesbehandling skal ses som et supplement til AAT-behandling, når AAT-behandling ikke slår til.

### 3 Evalueringsdesign

Det centrale spørgsmål for denne evaluering er, om AAT-behandling kan anvendes som alternativ til indlæggelsesbehandling. Evalueringen skal dokumentere, dels, om AAT er et sikkert behandlingstilbud, og dels om det kan sandsynliggøres, at AAT kan erstatte indlæggelsesbehandling. Det vil sige, kan der ses en reduktion i antal indlæggelser? Derudover skal evalueringen skabe mere viden om, hvorledes AAT kan organiseres, så det opleves som et relevant alternativ til indlæggelse for såvel akut psykisk syge borgere som sundhedsprofessionelle.

Denne slutevaluering har således to primære formål:

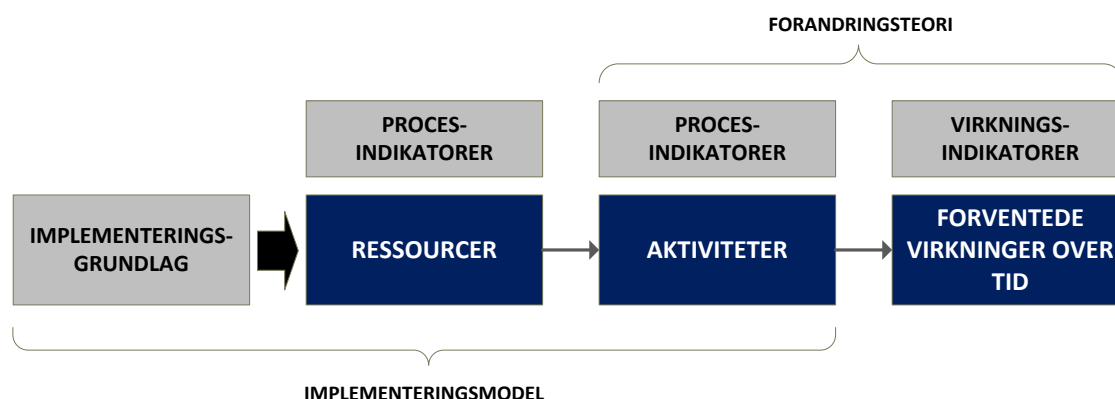
1. Undersøge om satspuljeprojektets målsætning om AAT som alternativ til indlæggelse er opfyldt.
2. Identificere virksomme elementer i forhold til at nå målsætningen.

Disse to formål er i projektet operationaliseret i en række evalueringstemaer og -spørgsmål, som fremgår af tabel 1.

En del af evalueringen er udvikling af indsats teorier for de fem regionale projekter. Indsats teorierne er anvendt til at vurdere, om projekterne er implementeret i overensstemmelse med principperne for AAT-behandling, samt om projekterne lever op til kerneelementerne i AAT-behandling.

Figur 2 illustrerer, at en indsats teori består af en implementeringsmodel på den ene side og en forandringsteori på den anden side. Denne sondring er afgørende for evaluermæssigt at kunne skelne mellem "implementeringsfejl" og "teorifejl". Hvis man ikke ser de forventede virkninger for målgruppen efter at have iværksat en given indsats, kan det skyldes to forhold. Enten at indsatsen ikke er implementeret som beskrevet i indsats teoriens implementeringsmodel, og/eller at den faglige teori (dvs. forandringsteorien) er fejlagtig eller utilstrækkelig. Afsnit 5 fokuserer på de forventede virkninger af de iværksatte indsats, mens afsnit 6 fokuserer på, hvorvidt indsatserne er implementeret som beskrevet i projekternes implementeringsmodel. Derudover uddybes, hvilke elementer i den samlede indsats der især er fundet virksomme.

**Figur 2: Indsats teori illustrerende implementeringsfokus, indikatorer og de to led i modellen**



**Tabel 1: Evalueringsspørgsmål og -indikatorer for ambulante akutteam (AAT)**

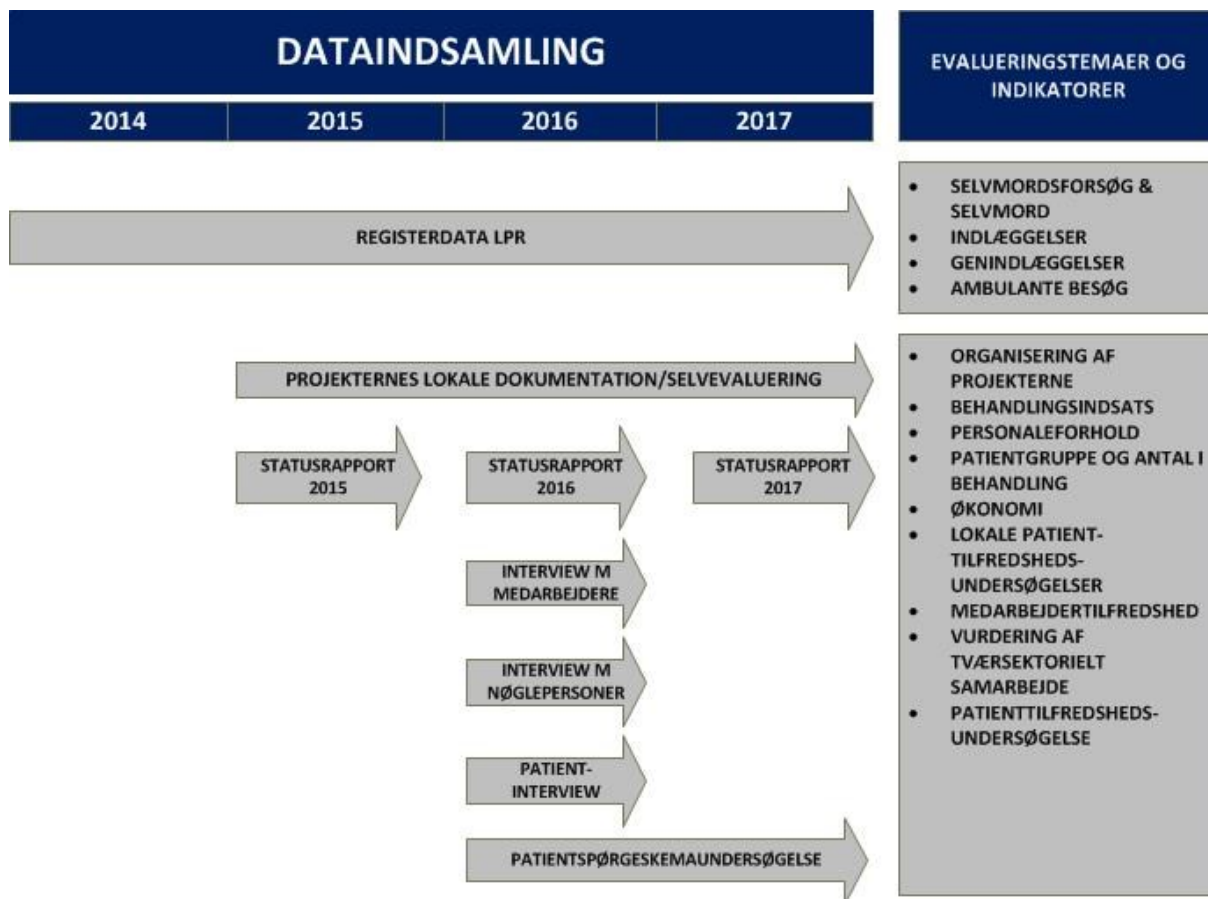
Formål	Evalueringstema	Evalueringsspørgsmål	Evalueringsindikatorer
<b>1. Undersøge målsætning om AAT-behandling som alternativ til indlæggelse</b>	Resultat	1. Er AAT et sikkert behandlings-tilbud?	Selv mord og selvmordsforsøg Udvikling i selvmord Udvikling i selvmordsforsøg
		2. Er AAT et alternativ til indlæggelser?	Indlæggelser Udvikling i indlæggelser Udvikling i ambulante besøg Udvikling i genindlæggelser
		3. Har AAT afledte virkninger?	Patienttilfredshed Tilfredshedsvurdering af behandling Oplevelse af personlig recovery Medarbejdertilfredshed Medarbejdernes samlede tilfredshed
<b>2. Identificere virksomme elementer</b>	Implementering	4. Er målsætningerne vedrørende implementering af indsatserne nået?	Vurdering af hvorvidt indsatserne fra projektafsnittenes indsats-teori er implementeret.
	Relevans	5. Er de enkelte AAT-indsatser relevante som alternativ til indlæggelse?	Nøglepersoners og medarbejders oplevelse af relevansen af AAT som alternativ til indlæggelse.
	Organisering	6. Bliver indsatserne understøttet af organisering?	Medarbejders oplevelse af, hvorvidt organiseringen er formålstjenstlig og understøttende ift. indsatsen. Dette angår i høj grad mulighederne for tværsektoriel koordinering.
	Virksomme aktiviteter	7. Hvilke dele af indsatserne har været virksomme i forhold til at nå resultater?	Faglige vurderinger af, hvad der især har været virksomt i det enkelte projekt.

### 3.1 Dataindsamling

Evalueringen bygger på et mixed methods-design, hvor flere forskellige kvantitative og kvalitative datakilder supplerer hinanden og tilsammen giver viden om de opstillede evalueringsskemaer og -indikatorer. Det sikrer en balanceret og nuanceret viden, hvor projektafsnittenes indsatser undersøges og beskrives ud fra forskellige perspektiver.

Figur 3 illustrerer dataindsamling, samt hvilke datakilder der knytter sig til de enkelte evalueringsskemaer og -indikatorer.

**Figur 3: Oversigt over dataindsamling**



### LPR-registerdata

DEFACTUM har haft adgang til data fra Landspatientregisteret (LPR) via Sundhedsdatastyrelsens forvaltningsmaskine (marts 2018). LPR indeholder indberetning af alle borgers kontakter til offentlige og private somatiske og psykiske sygehuse.<sup>11</sup> Patientpopulationen er dermed afgrænset til patienter med kontakt til det danske sygehusvæsen. Data er i indeværende rapport anvendt til at kortlægge det faktiske niveau af en række forhold, herunder udviklingen i antallet af selvmord, selvmordsforsøg/selvbeskadigelse, indlæggelser, ambulante besøg og genindlæggelser.

Procedurekoden (AAF6) for hjemmebesøg er anvendt til at lokalisere AAT-brugere. Dette er et udvælgelseskriterium med en vis usikkerhed, idet AAF6 også anvendes ved anden behandling af patienter, eksempelvis ved Opsøgende Psykoseteam (OPUS). Det fremgår af AAT-projektafsnittenes statusrapporter, at patienter med psykoser i begrænset omfang inkluderes i AAT-behandling. Derfor er denne patientgruppe ekskluderet i dataanalysen for AAT-behandling, jf. tabel 6 i bilag.

<sup>11</sup> Vejledning i udtræk fra Landspatientregisteret, 2017

Data er indhentet på **AAT-projekternes optageområder**, som er følgende:

#### **AAT Hovedstaden**

- Frederiksberg Kommune
- Vanløse Kommune

#### **AAT Midtjylland**

- Lemvig Kommune
- Struer Kommune
- Holstebro Kommune

#### **AAT Nordjylland**

- Frederikshavn Kommune

#### **AAT Syddanmark**

- Vejle Kommune
- Kolding Kommune
- Fredericia Kommune

#### **AAT Sjælland**

- Guldborgsund Kommune
- Lolland Kommune
- Næstved Kommune
- Vordingborg Kommune

### **Interview med nøglepersoner og medarbejdere**

Der er gennemført 19 interview med i alt 29 sundhedsprofessionelle, herunder 5 ledelsesinterview, 4 psykiaterinterview og 10 medarbejderinterview.

Interviewene består af både fokusgruppe- og enkeltpersonsinterview. Interviewene er efterfølgende gengivet i referater. Respondenternes udtalelser er nedfældet ved brug af meningskondensering.

Foruden 6 ledelsesrepræsentanter og 4 psykiatere er i alt 19 medarbejdere interviewet. Fordelingen er følgende: 6 medarbejdere i Region Hovedstaden, 3 medarbejdere i Region Sjælland, 4 medarbejdere i Region Midtjylland, 2 medarbejdere i Region Nordjylland, 4 medarbejdere i Region Syddanmark.

I alle projekter (med undtagelse af Region Syddanmark) er den psykiater, som er tilknyttet AAT'et interviewet med henblik på at afdække projektet fra et lægefagligt perspektiv. Der er ikke foretaget psykiaterinterview i Region Syddanmark, hvilket skyldes, at AAT-projektet i denne region ikke har haft en fast psykiater tilknyttet. AAT Syddanmark gør derimod brug af forskellige lægefaglige ressourcer i den psykiatriske modtagelse.

Der er gennemført interview med i alt 6 ledelsesrepræsentanter. Én i hver region med undtagelse af Region Midtjylland hvor de 2 afdelingssygeplejersker er interviewet i et fælles interview.

### **Interview med patienter**

Den første evalueringsrapport indeholder analyser af patientinterviewene.

Der er gennemført interview med i alt 14 patienter. Tre i hver region med undtagelse af Region Midtjylland, hvor 2 patienter er interviewet. Patienterne er blevet kontaktet af personale i de regionale AAT-tilbud. Personalet har informeret om undersøgelsen, indsamlet tilsagn om deltagelse og arrangeret tidspunktet for interview. Interviewpersonerne er således ikke tilfældigt udvalgt. Alle patienter har på interviewtidspunktet været i den afsluttende del af eller for nyligt afsluttet deres AAT-forløb. Interviewene omhandler patientens oplevelse af henholdsvis AAT-behandling, AAT i forhold til indlæggelsesbehandling og det tværsektorielle samarbejde. Patientinterviewene varer mellem 30 og 60 minutter – med undtagelse af ét interview på halvanden time. Alle interview er transskriberet i fuld længde med undtagelse af interviewet af halvanden times varighed, som er gengivet i referat. Interviewene er udført af medarbejdere ved DEFACTUM.

### **Patientspørgeskema**

Som et led i at afdække patienternes oplevelser med AAT har DEFACTUM i samarbejde med AAT-medarbejderne gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt AAT-patienter. Patientspørgeskemaet er opbygget med udgangspunkt i spørgeskemaet fra Den Lands-

dækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). En del af spørgsmålene er bevaret og en del nye spørgsmål er tilføjet. De i alt 35 spørgsmål angår patientens oplevelse af behandlingsindholdet, kontakten til AAT, tværsektorielt samarbejde og patientinddragelse.

Patientspørgeskemaerne er trykt i papirform og udleveret af AAT-medarbejderne til patienterne i forbindelse med afslutning af deres AAT-forløb. Spørgeskemaerne er udleveret til patienter første gang i perioden medio oktober til ultimo december 2016.<sup>12</sup> De er indsamlet af AAT-teamet og efterfølgende indsendt til DEFACTUM. Antallet af spørgeskema-besvarelser var så begrænset, at det ikke var muligt at analysere resultaterne meningsfuldt, da datagrundlaget var for spinkelt.

Efterfølgende er der indsamlet data i 2017 af flere omgange. I løbet af de tre indsamlingsperioder er der i alt indsamlet 248 besvarelser, hvoraf de 158 besvarelser er fra Region Midtjyllands optageområde.

### **Statusrapporter**

Gennem hele projektperioden har de deltagende afsnit udfærdiget en statusrapport ved hver årsafslutning. Statusrapporterne har haft til formål at gøre status på projektets fremdrift for både Sundhedsstyrelsen og evaluator. Projekterne har indleveret to statusrapporter. Første statusrapport er afleveret i oktober 2015. Derefter er der blevet afleveret en statusrapport en gang årligt, inklusive en slutevaluering. Statusrapporterne skitserer status for projekterne, herunder resultater, udfordringer, økonomi mv. Statusrapporterne indgår som datakilde i de regionale analyser. Statusrapporterne er anvendt til at vurdere, hvorvidt projekterne har indfriet målopfyldelsen. Derudover er de brugt i dialog med AAT-projekterne om eventuelle justeringer.

---

<sup>12</sup> I Region Syddanmark blev dataindsamlingen forlænget til medio januar 2017, grundet et to ugers ophold i udleveringen og indsamlingen af patientspørgeskemaerne.

## 4 Karakteristik for de fem ambulante akutteams

I den første evalueringsrapport fra 2017 er der udarbejdet udførlige casebeskrivelser for de enkelte AAT-projekter i forbindelse med indsats teorierne.<sup>13</sup> Derudover er der foretaget en gennemgang af de fem projekters målopfyldelse i forhold til centrale parametre for AAT-behandling.<sup>14</sup> Disse er udledt på baggrund af det tidligere nævnte litteraturstudie om Crisis Resolution Treatment (CRT), som er den engelske betegnelse for AAT. Dette litteraturstudie er udgivet særskilt og fremstillet i kondenseret form i evalueringsrapporten fra 2017.

De deltagende projektafsnit er geografisk fordelt således, at alle fem regioner er repræsenteret i satspuljeprojektet. Afsnittene varierer i størrelse, patientmålgruppe, historik mv. I det følgende gives en kort præsentation af projektafsnittene og de organisatoriske ændringer, der har fundet sted i projektperioden.

### 4.1 Ambulant akutteam, N7, Psykiatrien i Frederikshavn, Region Nordjylland

Formålet med AAT Nordjylland er at give borgere med akut psykisk sygdom et akut psykiatrisk hjemmebehandlingsforløb svarende til indlæggelsesbehandling.

Optageområdet for AAT Nordjylland er Frederikshavn Kommune.

Det ambulante akutteam i Region Nordjylland har modtaget patienter siden medio februar 2015. AAT Nordjylland er forankret i det åbne voksenpsykiatriske sengeafsnit N7, der er beliggende i Frederikshavn og organisatorisk hører under Klinik Nord.

I 2016 havde AAT Nordjylland 95 patienter i behandling. Dette medførte 1.028 hjemmebesøg.

AAT Nordjylland var indtil ultimo 2017 baseret på to medarbejdere med udekørende funktioner. Disse var tilknyttet afdeling N7, hvor relevant øvrigt personale var tilgængeligt, eksempelvis psykiater, socialrådgiver, sekretær mv. De to medarbejdere sagde deres stillinger op medio 2017 grundet usikkerhed om projektets forsættelse. Projektet er efterfølgende genetableret med genansættelse af en medarbejder.

### 4.2 Ambulant akutteam, Regionspsykiatrien Vest, Region Midtjylland

Formålet med AAT Midtjylland er at tilbyde et akut, kortvarigt og intensivt tværsektorielt behandlingsforløb i borgerens eget hjem som alternativ til indlæggelse. AAT tilbydes patienter, som oplever akut psykisk sygdom eller udskrives tidligere med henblik på færdigbehandling i eget hjem.

Optageområdet for ATT Midtjylland er Lemvig, Struer og Holstebro kommune.

Projektet startede primo 2015.

Det er forankret i Regionspsykiatrien Vest.

I 2017 gennemgik projektet en større revidering, som følge af en reorganisering i psykiatrien i Region Midtjylland. Sengeafsnittet i Holstebro lukkede primært pga. rekrutteringsvanskeligheder i forhold til psykiatere. Sengepladserne blev fordelt til Viborg og Herning, samtidig med at der blev oprettet 6 ambulante døgnpladser sammenlignelige med de overnatningsmuligheder, der er i Psykiatriens Hus i Silkeborg.

---

<sup>13</sup> <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/evaluering-af-forsog-med-ambulante-akutteams-i-den-regionale-psykiatri>

<sup>14</sup> <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/evaluering-af-forsog-med-ambulante-akutteams-i-den-regionale-psykiatri>

AAT Midtjylland er dimensioneret til at behandle 150 patienter om året. Det fremgår af statusrapporten, at i alt 605 patienter har modtaget AAT-behandling ved udgangen af 2017. Det er betydeligt over det estimerede.

AAT Midtjyllands personaleressourcer var før reorganiseringen 5 fuldtidsstillinger, 1 30-timers lægesekretær og 1 psykiatrisk speciallæge ansat til 7 timer. Det er ændret til ca. 20 medarbejdere i et tværfagligt team.

Status på projektet er, at det er under fortsat udvikling, efter det i efteråret 2017 blev besluttet at gøre AAT-tilbuddet permanent. Den 1. juni 2018 flyttede teamet og de 5 døgnpladser til Sundhedshuset i Holstebro. Det er planen at videreudvikle samarbejdet med Lemvig, Struer og Holstebro Kommune. Kommunerne etablerede i den forbindelse tre kommunale døgnpladser.

### **4.3 Den Mobile Skadestue (DMS), Psykiatrisk Afdeling Vejle, Region Syddanmark**

Den mobile skadestue (DMS) blev igangsat den 1. maj 2015. Fire måneder senere end planlagt grundet vanskeligheder med personalerekruttering. Projektet blev i 2016 justeret i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og DEFACTUM. Den reviderede projektbeskrivelse blev godkendt af Sundhedsstyrelsen den 12. august 2016.

Optageområdet for AAT Syddanmark er Vejle, Kolding og Fredericia Kommune.

Justeringen af AAT-projektet bevirkede, at AAT-behandling fik et behandlingsindhold i overensstemmelse med principperne for AAT.

I 2017 var DMS i kontakt med 531 patienter og foretog 1142 hjemmebesøg.

DMS har ca. fire årsværk til hjemmebehandling, psykologer og en deltidsansat lægesekretær tilknyttet. DMS benytter desuden de læger, der i forvejen er tilknyttet afdelingens akutmodtagelse og sengeafsnit.

### **4.4 Ambulant akutteam, Psykiatrien Syd i Vordingborg, Region Sjælland**

Formålet med AAT Sjælland er at tilbyde borgere med akut forværring af psykiske lidelser hurtig hjælp for herved at skabe tryghed og forbygge indlæggelser. Patienter, der udskrives fra Psykiatrisk Akutmodtagelse (PAM) og sengeafdelinger, tilbydes akut opfølgning i en kort periode efter udskrivelse. Det sker med henblik på at forebygge genindlæggelse. Ambitionen er at tilbyde et alternativ til indlæggelse.

Optageområdet for AAT Sjælland er Guldborgsund, Lolland, Næstved og Vordingborg Kommune.

Projektbeskrivelsen af satspuljeprojektet med AAT-behandling i Region Sjælland blev justeret i juni 2015. Ved justeringen blev AAT'et organisatorisk forankret i Psykiatrisk Akutmodtagelse i Vordingborg under Psykiatrien Syd. De første patientforløb i AAT blev påbegyndt den 1. januar 2016 efter 6 måneder med udfordringer i forhold til personale-rekruttering.

AAT Sjælland har knap 5 årsværk for hjemmebehandlere. Derudover har de tilknyttet 1 psykiatrisk læge 10 timer ugentligt samt 1 lægesekretær 30 timer ugentligt. Det er planlagt, at projektet fortsætter med 3 sygeplejersker, 10 ugentlige timer til psykiater samt 1 tilknyttet psykolog.

### **4.5 Akut Psykiatrisk Hjælp (APH), Psykiatrisk Center Frederiksberg, Region Hovedstaden**

Formålet med Akut Psykiatrisk Hjælp (herefter APH) er at levere et alternativ til indlæggelse, afkorte indlæggelsesforløb eller videreformidle til indlæggelse, hvis det skønnes at være det mest hensigtsmæssige.



Optageområdet for AAT Hovedstaden er Frederiksberg og Vanløse Kommune.

Projekts opstart var sat til 2013/2015, men projektet blev forsinket og startede først i realiteten op i 2. kvartal 2015.

Det var forventningen af APH kunne nedbringe antallet af sengedage med 4.200 svarende til 12 sengepladser. Det skønnes at reduktionen i indlæggelser svarer til ca. 4,5 sengepladser.

APH er et tværfagligt sammensat team, som består af i alt 19 årsværk i fuldtidsstillinger inkluderende 1 psykiatrisk overlæge, forvagter, psykologer, 10 sygeplejersker, ergoterapeut, afspændingspædagog, socialrådgiver, plejer og 1 sekretær.

## 5 AAT's sammenhæng med indlæggelsesforbrug

I dette afsnit undersøges, om AAT-behandling udgør et alternativ til indlæggelsesbehandling. Indledningsvis afdækkes det, om AAT er på niveau med indlæggelsesbehandling, hvad angår patienternes sikkerhed. Det gøres ved at se på udviklingen i antal selvmord og selvmordsforsøg og selvbeskadigelse. Dernæst undersøges udviklingen i indlæggelsesmønstret for de enkelte optageområder i perioden 2013 til 2017. I 2013 og 2014 var AAT ikke implementeret og 2013 og 2014 er derfor baseline-år for undersøgelsen. Afslutningsvis undersøges, om AAT har afledte effekter i form af patienttilfredshed.

### 5.1 Analysetilgang og datakilde

Til analyserne anvendes et før-efter-design til at undersøge udviklingen i indlæggelsesmønstret over tid i de enkelte optageområder. Udviklingen i perioden før implementering af AAT sammenlignes med udviklingen i perioden efter implementering af AAT. Data er anvendt til at kortlægge det faktiske niveau i en række forhold, herunder udviklingen i antallet af selvmord, selvmordsforsøg og selvbeskadigelse, indlæggelser, ambulante besøg og genindlæggelser for de enkelte optageområder. Udviklingen undersøges for hele patientpopulationen i optageområderne såvel som for AAT-brugergruppen. Det sker med henblik på at kunne skelne generelle udsving fra udsving forbundet med modtagelse af AAT-behandling.

Implementeringen af AAT har fundet sted på forskellige tidspunkter i de enkelte optageområder, hvorfor før-perioden varierer på tværs af optageområderne. Før-perioden for Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Nordjylland er 1. januar 2013 til 1. januar 2015, mens den for Region Syddanmarks er 1. januar 2013 til 1. marts 2015. I Region Sjælland blev implementeringen først for alvor påbegyndt i 2016, og før-perioden for Region Sjælland er derfor sat til 1. januar 2013 til 1. januar 2016. Der henvises til DEFACTUMs evalueringsrapport fra 2017 for en mere udførlig beskrivelse af AAT-projekterne.<sup>15</sup> Det bør understreges, at der er store regionale forskelle i patienttyngde, patientsammensætning mv., hvorfor resultaterne ikke bør anvendes til sammenligning af optageområderne på tværs.

I analyserne anvendes seriediagrammet, der er et kurvediagram med en indikatorværdi på y-akse (fx antal indlæggelser) og tid på x-aksen. Seriediagrammet er udviklet som et redskab til at studere variation. Ved hjælp af få relativt simple regler knyttet til seriediagrammet kan det vurderes, hvor stor sandsynligheden er for at den variation, som seriediagrammet viser, er tilfældig.

Analyserne er baseret på data fra Landspatientregisteret (LPR). LPR indeholder indberetninger af alle borgeres kontakter til offentlige og private somatiske og psykiatriske sygehuse.<sup>16</sup> Patientpopulationen er dermed afgrænset til patienter med kontakt til det danske sygehusvæsen. Data fra LPR er underlagt et diskretionskrav, hvilket betyder at observationer under 5 ikke må afrapporteres. Såfremt 5 eller færre observationer falder inden for en kategori, er denne ikke medtaget i indeværende rapport, og der kan derfor forekomme brud i afrapporteringen.

Data fra LPR er indledningsvis rensset. Analyserne er opgjort for unikke CPR-numre. Analyserne indeholder alle patienter, der har modtaget psykiatrisk behandling i perioden 1. januar 2013 til 31. december 2017 i AAT-optageområderne. Hvis en person har været indlagt, modtaget ambulante besøg mv. flere gange samme år, tæller alle gangene med i analyserne.

---

<sup>15</sup> Evaluering af forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri, DEFACTUM® 2017

<sup>16</sup> Vejledning i udtræk fra Landspatientregisteret, 2017

Resultaterne bør tolkes med varsomhed, idet indberetning af procedurekoden for hjemmebesøg (AAF6) anvendes bredt. Koden er i nogle tilfælde anvendt inden, at AAT var implementeret i de pågældende optageområder. Det vidner om, at procedurekoden også er anvendt ved anden psykiatrisk hjemmebehandling end AAT-hjemmebehandling. For at imødegå denne problematik er to diagnosegrupper udeladt i analyserne af udviklingen blandt AAT-patienter, da de gennemførte interview med de fagprofessionelle enstemmigt viste, at AAT-behandling kun i et meget begrænset omfang har været udbudt til patienter i disse to diagnosegrupper.<sup>17</sup>

Med ovenstående usikkerhed in mente antages procedurekoden (AAF6) at være anvendt konsistent og udelukkende ved AAT-hjemmebesøg i optageområderne efter implementeringen af AAT. Alle patienter, der har fået procedurekoden for AAT-hjemmebesøg på minimum et tidspunkt i perioden 1. januar 2015 til 31. december 2017, indgår derfor i AAT-patientgruppen i følgende analyser.

## 5.2 Sikkerhed ved AAT

I dette afsnit besvares spørgsmålet om, hvorvidt AAT er et sikkert behandlingstilbud på niveau med indlæggelsesbehandling. Psykisk syge patienter er i deres sygdomsperioder kendetegnet ved at have kognitive og/eller emotionelle forstyrrelser, hvilket kan indebære en risiko for, at patienten har tanker om selvmord og i værste fald forsøger og lykkes med at begå selvmord. Det er derfor essentielt at undersøge, om AAT er forbundet med en større risiko for selvmordsforsøg og anden selvbeskadigelse set i forhold til indlæggelsesbehandling.

AAT skal på baggrund af ovenstående være et mindst lige så sikkert behandlingstilbud som indlæggelsesbehandling. Hvorvidt det er tilfældet, undersøges ved at se på udviklingen i henholdsvis antal af selvmord og selvmordsforsøg/selvbeskadigelse i de fem optageområder i perioden 2013 til 2017 (jf. evalueringsspørgsmål 1).

På baggrund af analysen konkluderes det, at AAT-behandling ikke er forbundet med større risiko for selvmord, selvmordsforsøg eller anden form for selvbeskadigelse.

### Antal selvmord og selvmordsforsøg

Det er ikke muligt at afrapportere analyserne, idet der er mindre end 5 cases i flere tilfælde. Analyserne af selvmord, selvmordsforsøg og anden selvbeskadigelse viser ingen indikationer på, at AAT-brugere har haft større tendens til at begå selvmord, selvmordsforsøg eller anden selvbeskadigelse end patienter, der er indlagt. Der synes altså ikke at være forskel på de to behandlingsformer i forhold til risiko for selvmord, selvmordsforsøg eller anden selvbeskadigelse i optageområderne.

## 5.3 Udvikling i indlæggelsesmønstre for de fem optageområder til AAT

I dette afsnit undersøges udviklingen i indlæggelsesmønstret i perioden 2013 til 2017 i de optageområder, hvor AAT har været udbudt. Konkret undersøges det, om antallet af indlæggelser og ambulante besøg har været stigende for AAT-brugere sammenlignet med hele patientpopulationen. I forlængelse heraf undersøges udviklingen i antal genindlæggelser for hele patientpopulationen. Afsnittet besvarer således evalueringsspørgsmål 2.

Indledningsvis redegøres der for patientpopulationen som bruger indlæggelses-, ambulante og AAT-behandling i optageområder.

---

<sup>17</sup> Det drejer sig om følgende diagnosegrupper: 1) Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer og 2) Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser.

## Patientpopulation

I bilagsafsnittet er der tre tabeller. I disse redegøres der for patientpopulationerne for alle brugere af regionpsykiatriske tilbud registreret i LPR fordelt på indlæggelsespsykiatri, ambulantspsykiatri og hjemmebehandling/AAT-behandling.

Det fremgår af tabellen for alle regionspsykiatribrugere, at undersøgelsen inkluderer i alt 32.181 patienter. 8.065 af disse er brugere af indlæggelsespsykiatri, hvoraf 3.166 af disse har psykotiske lidelser (skizofreni, skizotypisk sindslidelse mv.) samt adfærdsforstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer. Denne patientgruppe modtager ofte hjemmebesøg, bl.a. gennem Opsøgende Psykoseteam (OPUS). Dette tilbud er ikke AAT-behandling, og idet afrapporteringerne fra AAT-projekterne beskriver, at denne gruppe i begrænset omfang tilbydes AAT-behandling, har vi i analyserne af AAT-behandling valgt at undlade denne patientgruppe. Det resulterer i, at patientpopulationen for AAT består af 3.055 AAT-brugere hvoraf størstedelen har affektive lidelser og nervøse- og stressrelaterede tilstande. Dette er i god overensstemmelse med afrapporteringerne fra projektafsnittene.

## Udvikling i indlæggelser

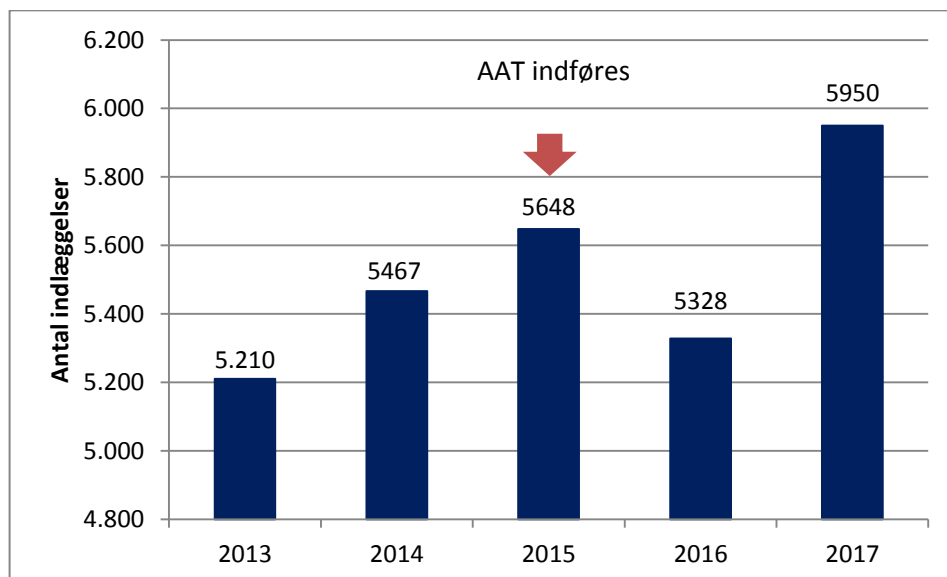
Figur 4 viser udviklingen i antal påbegyndte indlæggelser samlet for de fem optageområder for AAT-projekterne. Indlæggelsestallene er opgjort for indlagte patienter, der indlægges i perioden 2013 til 2017.

Figur 4 viser, at antallet af indlæggelser er steget fra 5.210 i 2013 til 5.950 i 2017, hvilket svarer til en samlet stigning på 14 procent.

AAT indføres i 2015 og figuren skal derfor ansues dels i perioden før 2015 og dels efter 2015.

Op til og med 2015 er der en markant stigning. Denne falder fra 2015 til 2016 for derefter at stige igen fra 2016 til 2017. Udviklingsmønsteret giver dermed ingen entydig indikation på betydningen af AAT.

**Figur 4: Antal indlæggelser samlet i optageområderne for alle AAT-projekter (i alt)**



Note 1. Optageområderne er Region Nordjylland: Frederikshavn Kommune; Region Midtjylland: Lemvig, Struer og Holstebro Kommune; Region Syddanmark: Vejle, Kolding og Fredericia Kommune; Region Sjælland: Guldborgsund, Lolland, Næstved og Vordingborg Kommune; Region Hovedstaden: Frederiksberg og Vanløse Kommune.

Tabel 2 understøtter tendensen fra figur 4. Det fremgår af tabel 2, at der har været en relativt stor stigning i forbruget af indlæggelser i Region Syddanmarks AAT-

optageområde på i alt 664 i perioden fra 2015 til 2017. I de øvrige AAT-projekters optageområder er indlæggelsestallene forholdsvis stabile.

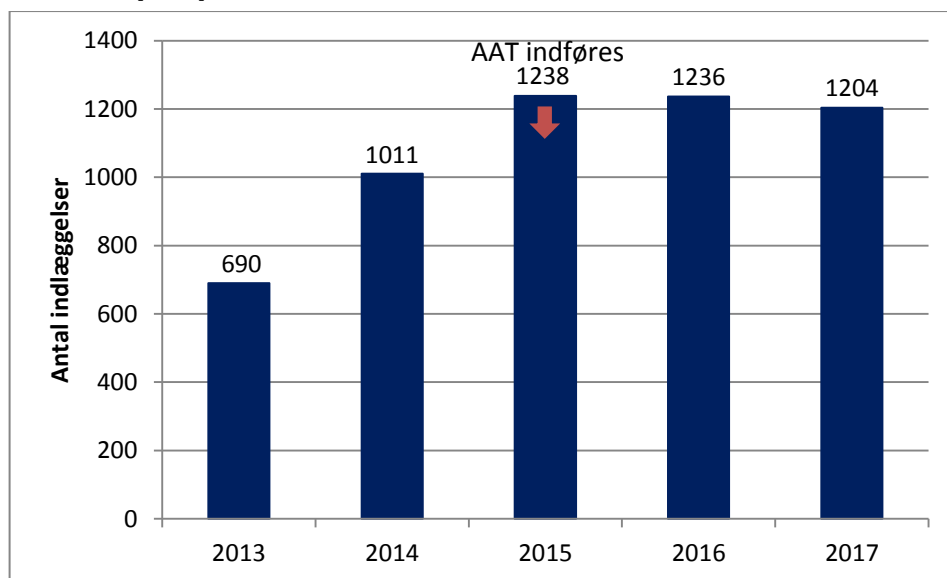
**Tabel 2: Udviklingen i antal indlæggelser fra 2013 til 2017 fordelt på de fem AAT-projekters optageområder**

	AAT Hovedstaden	AAT Midtjylland	AAT Nordjylland	AAT Syddanmark	AAT Sjælland
2013	1.004	464	309	1318	2115
2013	1.074	486	330	1415	2162
2015	1.209	516	333	1455	2135
2016	1.199	568	287	1551	1723
2017	1.124	562	254	2119	1891

Note 2. Optageområderne er Region Nordjylland: Frederikshavn Kommune; Region Midtjylland: Lemvig, Struer og Holstebro Kommune; Region Syddanmark: Vejle, Kolding og Fredericia Kommune; Region Sjælland: Guldborgsund, Lolland, Næstved og Vordingborg Kommune; Region Hovedstaden: Frederiksberg og Vanløse Kommune.

Figur 5 viser udviklingen i antal indlæggelser for AAT-brugere. Det fremgår af figuren, at der er en stigning i antal indlæggelser fra 2.940 i 2013 til 3.117 i 2015, hvor AAT implementeres. I perioden efter 2015 ses et betydeligt fald i det samlede forbrug af indlæggelser blandt AAT-patienter i alle fem regionale AAT-optageområder. Dette tyder på, at AAT har haft den tilsigtede virkning i forhold til at nedbringe antallet af indlæggelser. At reduktionen først indtræder i perioden efter 2015 kan i en vis udstrækning forklares ved, at AAT i realiteten ikke var fuldt ud implementeret i 2015. Effekten optræder derfor først senere. Det er dog bemærkelsesværdigt, at der i 2017 er en markant stigning i forbruget af indlæggelser. Dette skyldes dog primært udviklingen i Region Syddanmark. I Region Nordjylland er der fortsat et fald i forbruget af indlæggelser, mens der ses en stagnation i Region Hovedstaden og Region Midtjylland.

**Figur 5: Antal indlæggelser blandt AAT-brugere samlet for alle AAT-projekternes optageområder (i alt)**

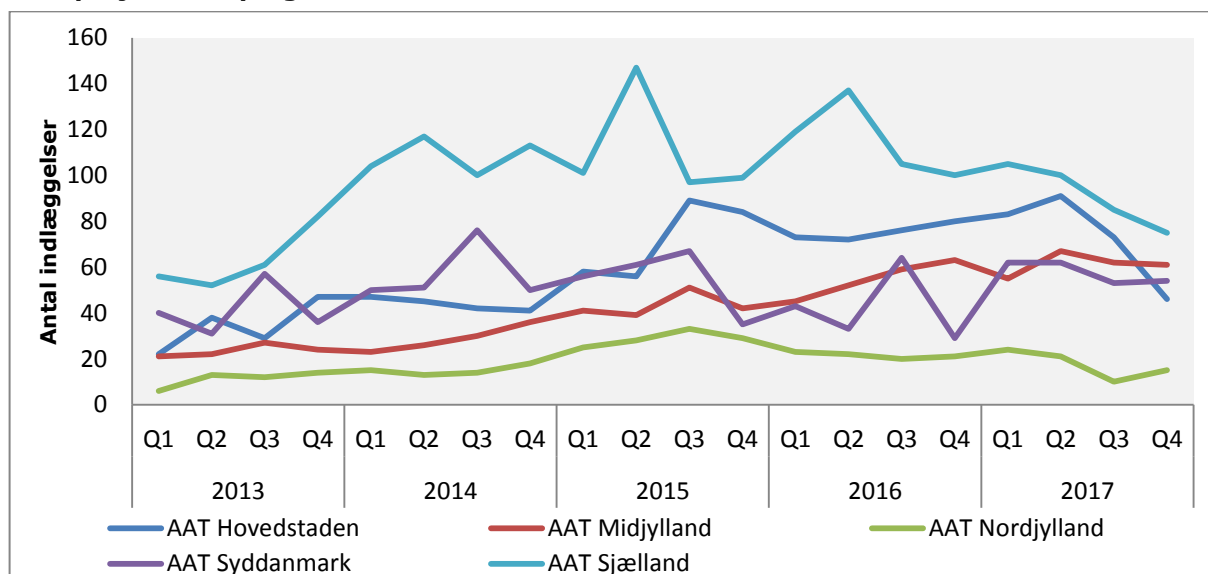


Note 3. Optageområderne er Region Nordjylland: Frederikshavn Kommune; Region Midtjylland: Lemvig, Struer og Holstebro Kommune; Region Syddanmark: Vejle, Kolding og Fredericia Kommune; Region Sjælland: Guldborgsund, Lolland, Næstved og Vordingborg Kommune; Region Hovedstaden: Frederiksberg og Vanløse Kommune.

Figur 6 viser udviklingen i det samlede antal indlæggelser for AAT-brugere fordelt på AAT-projekternes optageområder. Figuren viser, at reduktionen i forbruget af indlæggelser primært skyldes et mindre forbrug i Region Sjællands optageområde samt et mindre forbrug af indlæggelser i Region Hovedstadens optageområde i sidste halvdel af 2017.

Modsat ses en stigning i forbruget for Region Syddanmarks optageområde. Udviklingen for de enkelte optageområder uddybes i de følgende afsnit.

**Figur 6: Udviklingen i antal indlæggelser for AAT-brugere fordelt på de fem regionale AAT-projekters optageområder**



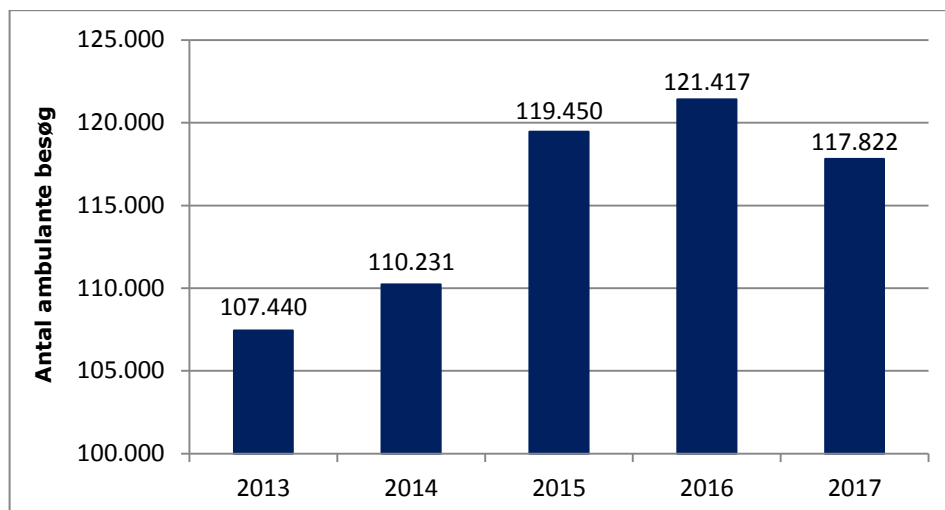
Note 4: Optageområderne er Region Nordjylland: Frederikshavn Kommune; Region Midtjylland: Lemvig, Struer og Holstebro Kommune; Region Syddanmark: Vejle, Kolding og Fredericia Kommune; Region Sjælland: Guldborgsund, Lolland, Næstved og Vordingborg Kommune; Region Hovedstaden: Frederiksberg og Vanløse Kommune.

Sammenholdes tabel 2 med figur 6, genfindes stigning i indlæggelser blandt patienter, der har fået AAT-behandling i Region Syddanmark i 2017. I Region Hovedstaden er der et fald sidst på året i 2017, men ellers er indlæggelsesmønsteret for patienter, der har modtaget AAT-behandling, præget af en generel stabilitet.

Det er bemærkelsesværdigt, at i mønsteret for AAT-brugeres forbrug af indlæggelser ses en stagnation og fald i indlæggelser i 2017. Dette fordi der er en generel stigning i forbrug af indlæggelser på landsplan. Det kan have sammenhæng med en stigning i forbrug af ambulante ydelser.

Det fremgår af figur 7, at der samlet set har været en stigning i antallet af ambulante besøg i AAT-optageområderne i perioden 2013 til 2017. Der er sket en stigning fra 107.440 ambulante besøg i 2013 til 117.822 ambulante besøg i 2017. Det svarer til en stigning på ca. 10 procent. I perioden fra 2016 til 2017 ses et fald i antallet af ambulante besøg.

**Figur 7: Antal ambulante besøg samlet i AAT-projekternes optageområder (i alt)**



Tabel 3 er en oversigt over forbruget af ambulante behandling i de fem optageområder. Tabellen viser, at faldet i høj grad kan tilskrives et mindre forbrug af ambulante behandling i især Region Hovedstadens og Region Sjællands AAT-optageområder. Modsat ses en stigning i forbruget af ambulante besøg i Region Midtjyllands, Region Nordjyllands og Region Syddanmarks AAT-optageområder (jf. tabel 3).

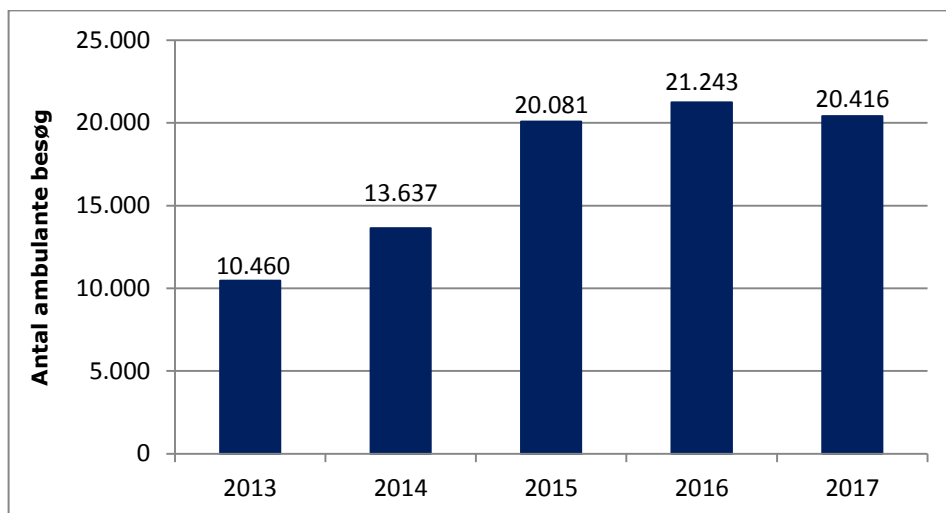
**Tabel 3: Udviklingen i ambulante besøg for alle psykiatribrugertyper (stationær og ambulante) i AAT-optageområderne**

	AAT Hovedstaden	AAT Midtjylland	AAT Nordjylland	AAT Syddanmark	AAT Sjælland
2013	30.152	11.771	5.504	31.064	28.949
2013	32.232	12.051	5.938	31.646	28.364
2015	31.935	13.285	7.358	36.375	30.497
2016	31.916	13.476	7.816	38.416	29.793
2017	27.411	13.943	8.080	41.013	27.375

Note 5. Optageområderne er Region Nordjylland: Frederikshavn Kommune; Region Midtjylland: Lemvig, Struer og Holstebro Kommune; Region Syddanmark: Vejle, Kolding og Fredericia Kommune; Region Sjælland: Guldborgsund, Lolland, Næstved og Vordingborg Kommune; Region Hovedstaden: Frederiksberg og Vanløse Kommune

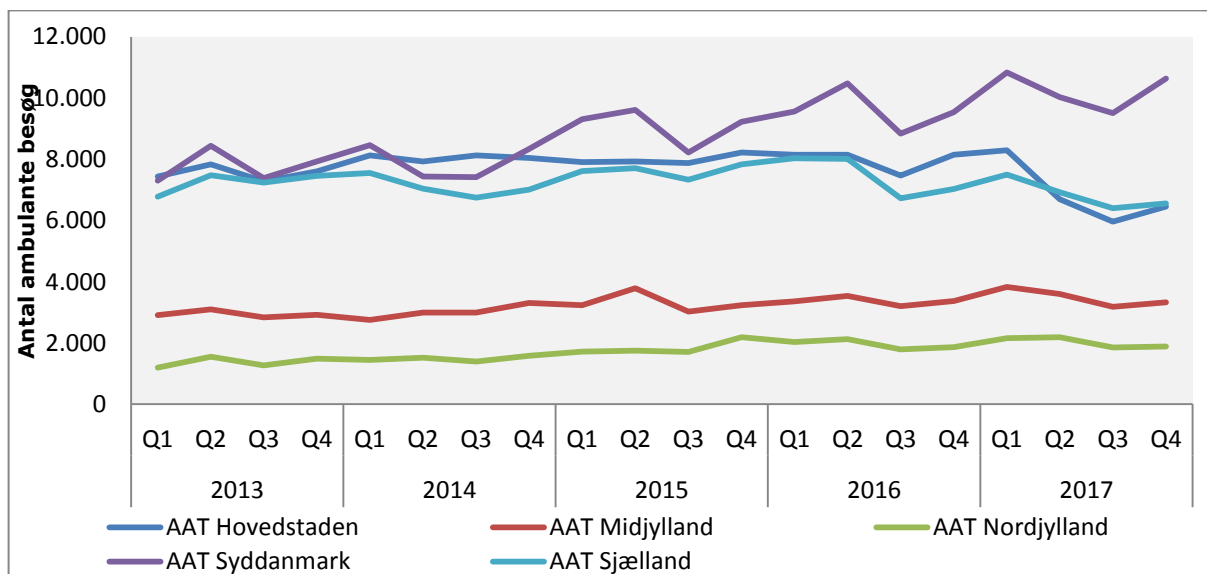
Hvis man ser på AAT-patientgruppen isoleret set, er udviklingen i god tråd med den generelle udvikling. Figur 8 viser, at det samlede forbrug af ambulante besøg var stigende for AAT-patientgruppen i perioden 2013 til 2015, dvs. før AAT blev implementeret. I perioden efter 2015 sker der en stagnation i det samlede forbrug af ambulante besøg for AAT-brugere.

**Figur 8: Antal ambulante besøg blandt AAT-brugere samlet for alle AAT-projekternes optageområder (i alt)**



Figur 9 viser forbruget af ambulante behandling fordelt på de 5 regionale projekters optageområder. Det fremgår af figuren, at der er en stagnation i fald i forbruget af ambulante behandling.

**Figur 9: Udviklingen i antal ambulante besøg for AAT-brugere fordelt på de fem AAT-projekters optageområder (i alt)**

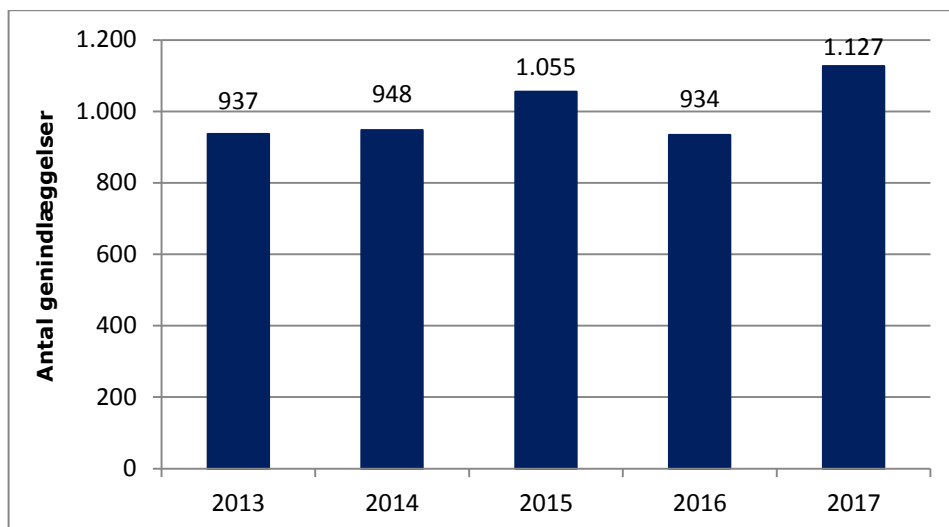


Figur 10 viser antallet af genindlæggelser i AAT-optageområderne i perioden 2013 til 2017. Det fremgår af figuren at genindlæggelser i de fem optageområder er relativt stabile i perioden 2013 til 2017. En målsætning med AAT-behandling er at reducere genindlæggelser. På det overordnet plan synes dette ikke at være lykkedes.

I det følgende gennemgås udvikling i forbrug af regionalpsykiatriske tilbud for de enkelte projekter.



**Figur 10: Antal genindlæggelser for alle AAT-projekternes optageområder (i alt)**



### 5.3.1 AAT Nordjylland

AAT Nordjylland er som tidligere beskrevet placeret i Frederikshavn forankret i sengeafdelingen N7. Optageområdet for AAT i Nordjylland er Frederikshavn Kommune.

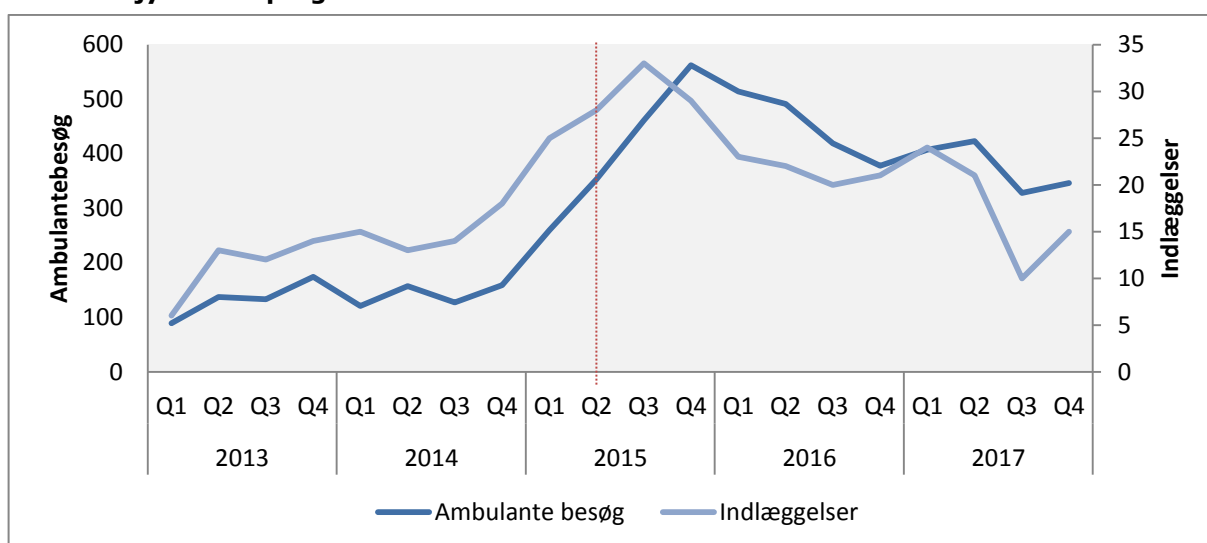
Figur 11 viser udviklingen i forbruget af indlæggelser og ambulante besøg for patienter, som har fået AAT-behandling. Udviklingen er illustreret for hvert kvartal i perioden fra 1. januar 2013 til og med 31. december 2017. Den røde stiplede streg markerer indførelsen af AAT i Region Nordjyllands optageområder (Frederikshavn).

Den mørkeblå linje viser forbruget af ambulante besøg, hvor antalsangivelsen findes i y-aksen til venstre. Den højre y-akse hører sammen med den lyseblå linje og illustrerer indlæggelser per kvartal.

Det fremgår af figuren, at der er en stigning i såvel indlæggelser som ambulante besøg frem til omtrent 3. kvartal 2015. Herefter falder forbruget af indlæggelser og ambulante besøg en smule.

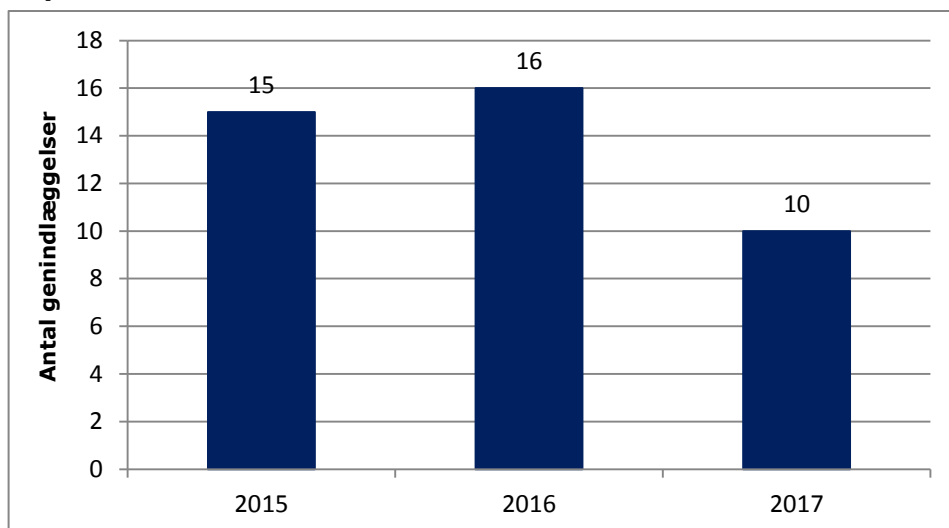
Det kan tolkes som om AAT i Nordjylland/Frederikshavn har haft en betydning for en opbremsning og reduktion i forbruget af indlæggelser og ambulante besøg.

**Figur 11: Udviklingen i antal indlæggelser og antal ambulante besøg for AAT-brugere i AAT Nordjyllands optageområde**



Figur 12 viser antallet af genindlæggelser for AAT-brugere i perioden fra 2015 til 2017. Antallet af genindlæggelser er stabilt, muligvis med en tendens til et fald.

**Figur 12: Antal genindlæggelser for AAT-brugere i optageområdet for AAT Nordjylland (i alt)**

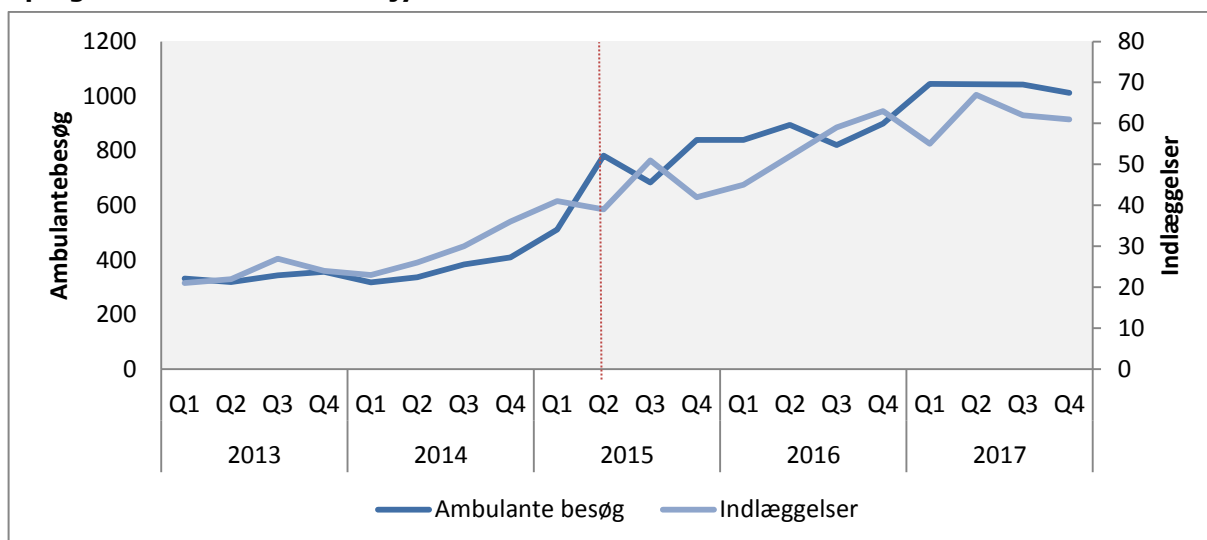


### 5.3.2 AAT Midtjylland

Optageområdet for AAT i Region Midtjylland er kommunerne Struer, Holstebro og Lemvig.

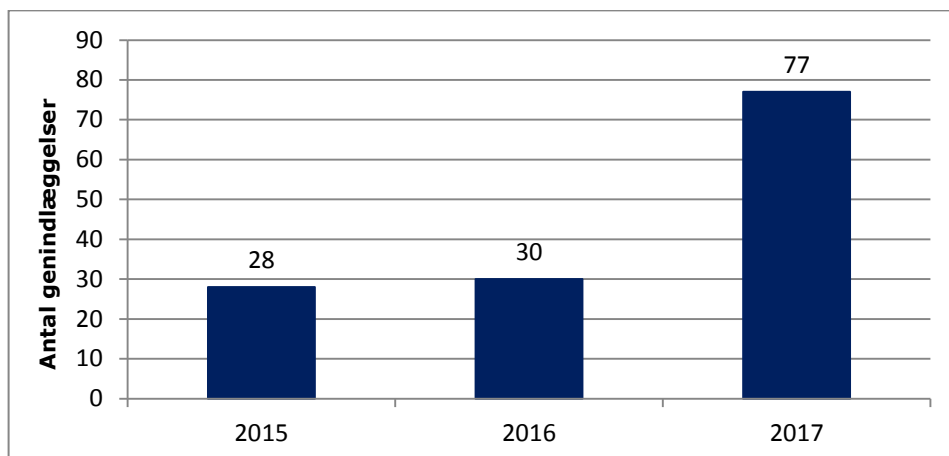
Figur 13 viser udviklingen i antal indlæggelser og ambulante besøg for AAT-brugere i Region Midtjyllands AAT-optageområde. Det fremgår af figur 13, at der er en stigning i forbruget af indlæggelser og ambulante besøg i optageområdet for AAT Midtjylland indtil 2. kvartal 2017.

**Figur 13: Udviklingen i antal indlæggelser og antal ambulante besøg for AAT-brugere i optageområdet for AAT Midtjylland**



Figur 14 viser, at antallet af genindlæggelser i AAT Midtjyllands optageområde har været stigende i perioden 2015 til 2017.

**Figur 14: Antal genindlæggelser for AAT-brugere i optageområdet for AAT Midtjylland (i alt)**



Det er på baggrund af disse analyser ikke muligt at sige noget om AAT's effekt på forbruget af indlæggelser eller ambulante behandling i Region Midtjylland.

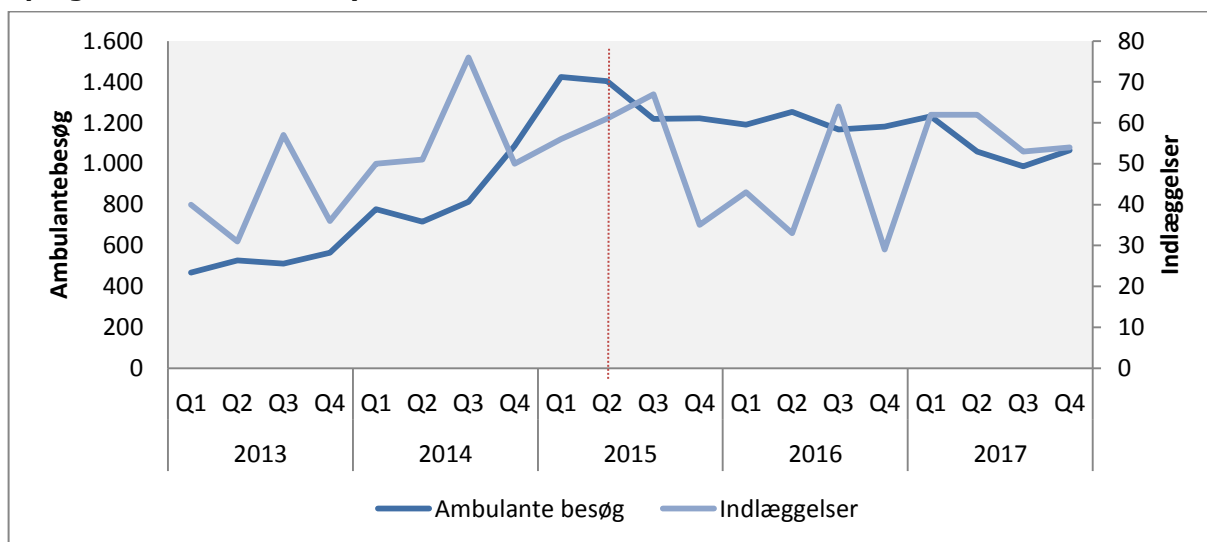
### 5.3.3 AAT Syddanmark

Optageområdet for AAT i Region Syddanmark er Vejle, Kolding og Fredericia Kommune.

Figur 15 illustrerer forbruget af indlæggelser og ambulante besøg for patienter, der har modtaget AAT-behandling i Region Syddanmarks optageområde.

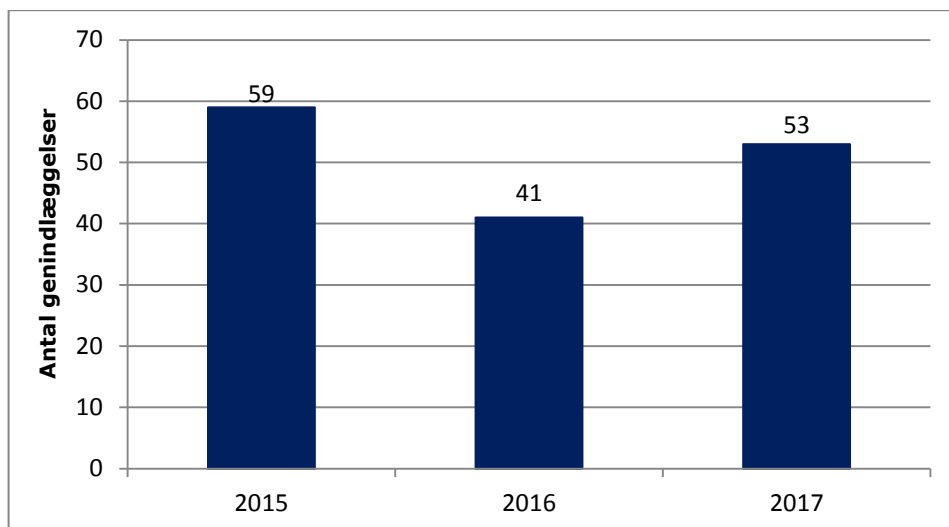
Overordnet synes forbruget af indlæggelser og ambulante besøg at være forholdsvist stabilt i perioden 2013 til 2017. Der er intet bemærkelsesværdigt mønster i forbindelse med implementeringen af AAT.

**Figur 15: Udviklingen i antal indlæggelser og antal ambulante besøg for AAT-brugere i optageområdet for AAT Syddanmark**



Det fremgår af figur 16, at antallet af genindlæggelser er nogenlunde stabilt med en svag tendens til et fald efter indførelsen af AAT-behandling i 2015.

**Figur 16: Antal genindlæggelser for AAT-brugere i optageområde AAT Syddanmark (i alt)**



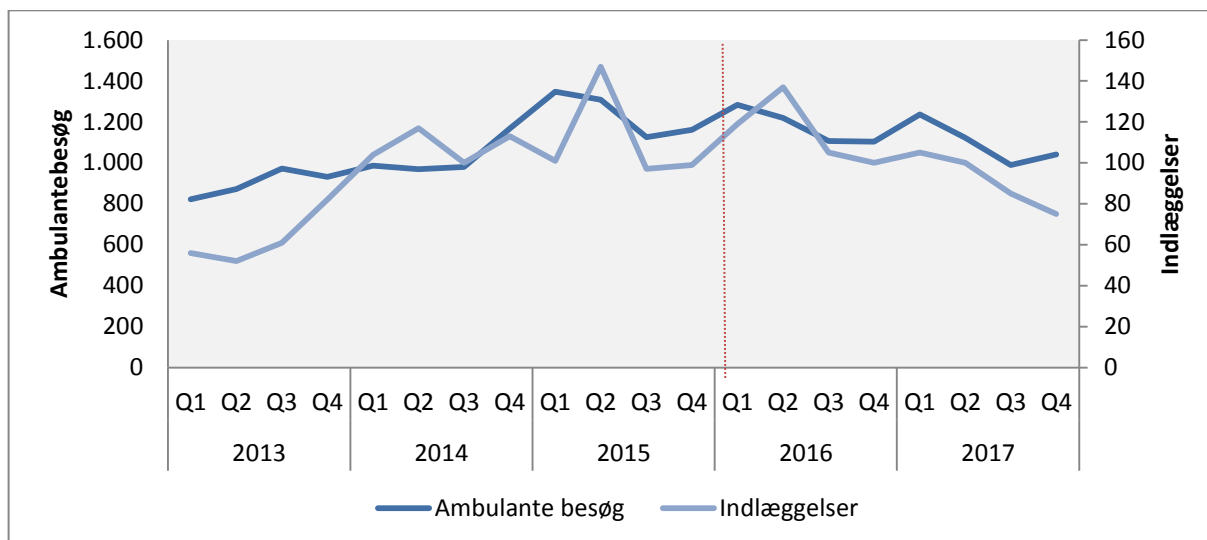
### 5.3.4 AAT Sjælland

Optageområdet for AAT i Region Sjælland er kommunerne Guldborgsund, Lolland, Næstved og Vordingborg.

Af figur 17 fremgår forbruget af indlæggelser og ambulante besøg i AAT Sjællands optageområde i perioden 1. januar 2013 til 31. december 2017.

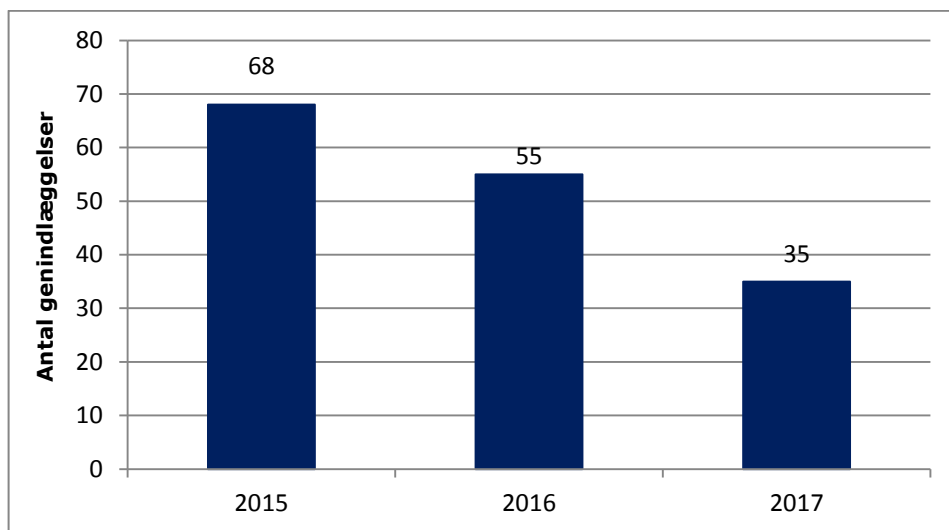
Figuren viser, at der er en stigning i forbruget af indlæggelser og ambulante besøg blandt AAT-patienter indtil 2015, hvorefter der sker en stagnation. Herefter er der et fald i forbruget fra 2. kvartal i 2016. Det kan indikere at AAT bidrager med en opbremsning i forbruget af indlæggelser og ambulante besøg.

**Figur 17: Udviklingen i antal indlæggelser og antal ambulante besøg for AAT-brugere i optageområdet for AAT Sjælland**



Af figur 18 fremgår, at antallet af genindlæggelser har været faldende efter indførelsen af AAT.

**Figur 18: Antal genindlæggelser for AAT-brugere i AAT Sjællands optageområde (i alt)**



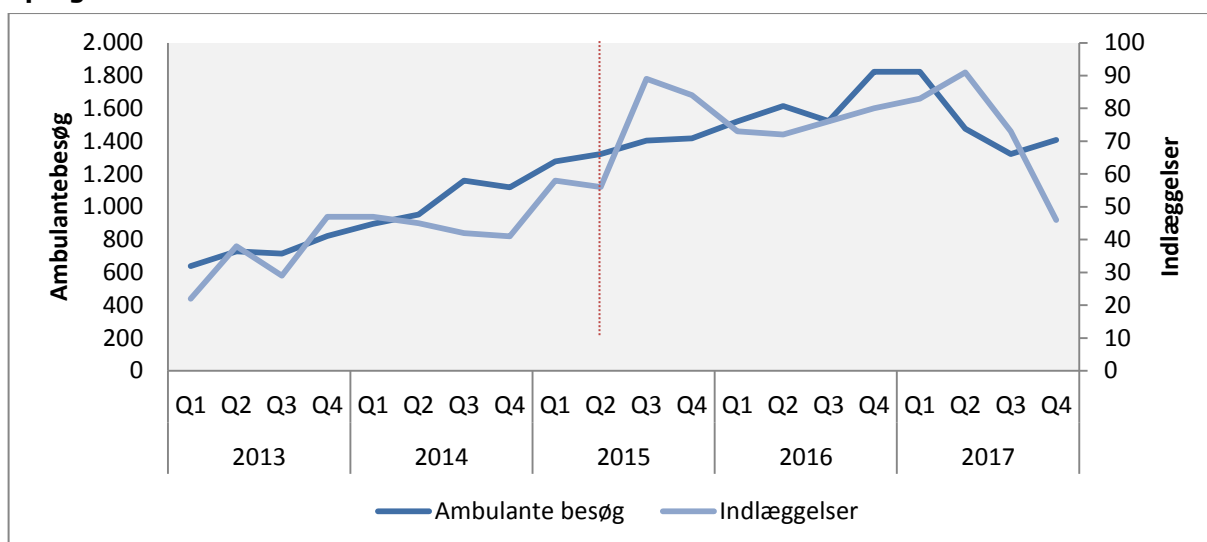
### 5.3.5 AAT Hovedstaden

Optageområdet for AAT i Region Hovedstaden er Frederiksberg og Vanløse Kommune.

Figur 19 viser forbruget af indlæggelse og ambulant besøg for AAT-patientgruppen i optageområde.

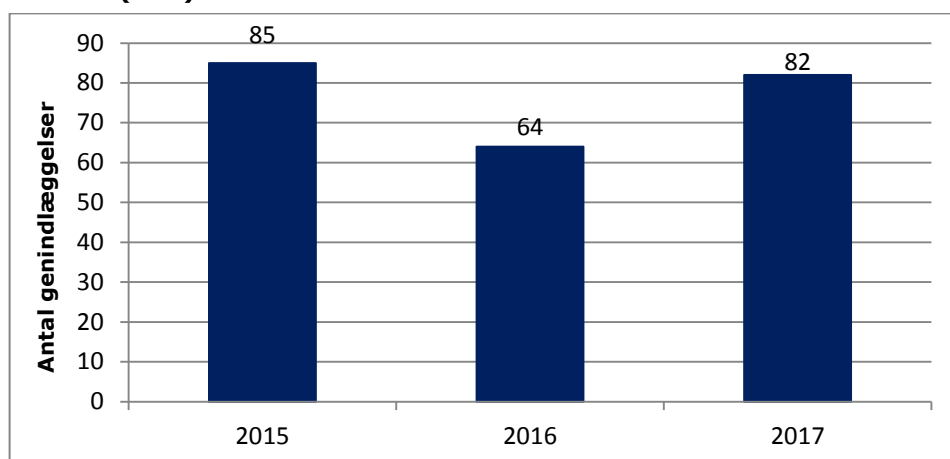
Figuren viser en stigning i forbruget af indlæggelser og ambulant behandling for AAT-brugerpopulationen. Denne stigning får en opbremsning med indførelsen af AAT i 2. kvartal i 2015. Herefter stagnerer forbruget indtil medio 2017, hvor der ses et fald.

**Figur 19: Udviklingen i antal indlæggelser og antal ambulante besøg for AAT-brugere i optageområdet for AAT Hovedstaden**



Det fremgår af figur 20, at antallet af genindlæggelser for AAT-brugere i Region Hovedstaden er nogenlunde stabilt efter indførelsen af AAT-behandling i 2015.

**Figur 20: Antal genindlæggelser for AAT-bruger i Region Hovedstadens optageområde for AAT (i alt)**



## 5.4 Afledte virkninger

I det følgende gennemgås de afledte virkninger ved AAT-behandling. Evalueringsrapporten fra 2017 indeholder en gennemgang af medarbejdernes vurdering af arbejdet med AAT. Konklusionen var, at medarbejderne i høj grad fandt arbejdet med AAT meningsfuldt. På undersøgelsestidspunktet var der arbejdsmiljøudfordringer i især et projekt. Det blev der efterfølgende ageret på. På den baggrund kan der i forhold til evalueringsspørgsmål 3 konkluderes, at medarbejderne finder AAT-behandling meningsfuldt, og de tilkendegiver behandlingsmæssige fordele ved indsatsen.

I det følgende gennemgås afledte virkninger på patienttilfredshed.

### 5.4.1 Patienttilfredshed

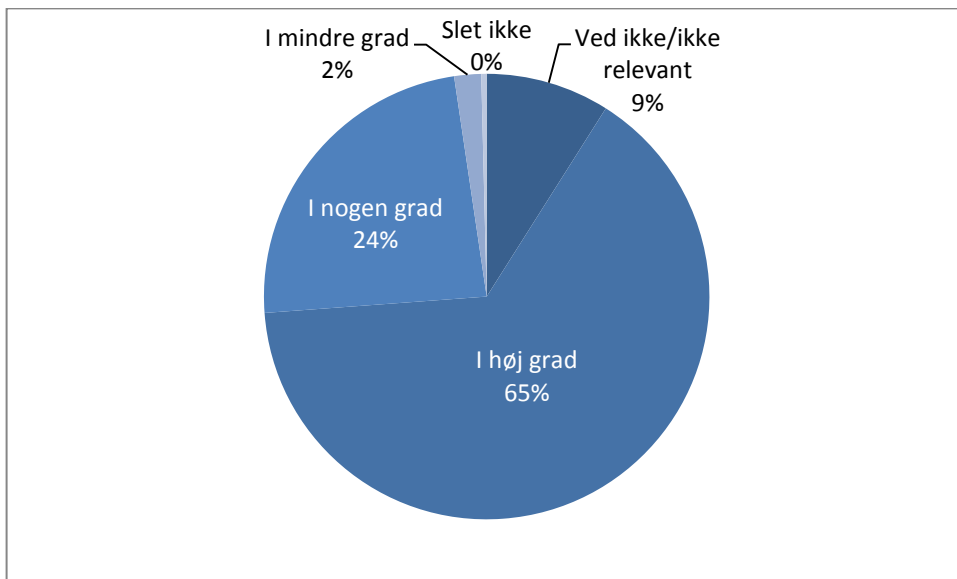
For år tilbage blev psykisk sygdom opfattet som en kronisk lidelse. Det betød, at hvis en person havde en psykisk sygdom, var den eneste behandling lindring eller afskærmning fra samfundet gennem længerevarende indlæggelse. Introduktionen af en recovery-orientering i psykiatrien var derfor en lille revolution. *Recovery* betyder "at komme sig," og recovery-orienteringen indeholder dermed en tro på, at man kan komme sig helt eller delvist af en psykisk lidelse.

En central målsætning for AAT-behandling er at bidrage til patientens personlige recovery-proces. Recovery er udover en klinisk recovery også en personlig udviklingsproces, som den enkelte patient gennemgår. Personligt recovery lægger vægt på, at den enkelte bliver i stand til at leve et liv, der er meningsfuldt for vedkommende. Der er altså tale om en dybt personlig proces, som er forskellig fra menneske til menneske.

Fra spørgeskemaundersøgelsen er der udvalgt tre spørgsmål til at illustrere sammenhængen mellem AAT-behandling og brugernes oplevelse af behandlingen.

Figur 21 viser, at langt størstedelen af patienter mener, at de modtager den rette behandling ved AAT. 65 procent af de adspurgte svarer, at de i høj grad oplever, at få den rette behandling i AAT, mens 24 procent svarer, at de i nogen grad oplever, at de får den rette behandling i AAT. Langt størstedelen af patienterne oplever altså, at de får den rette behandling i AAT.

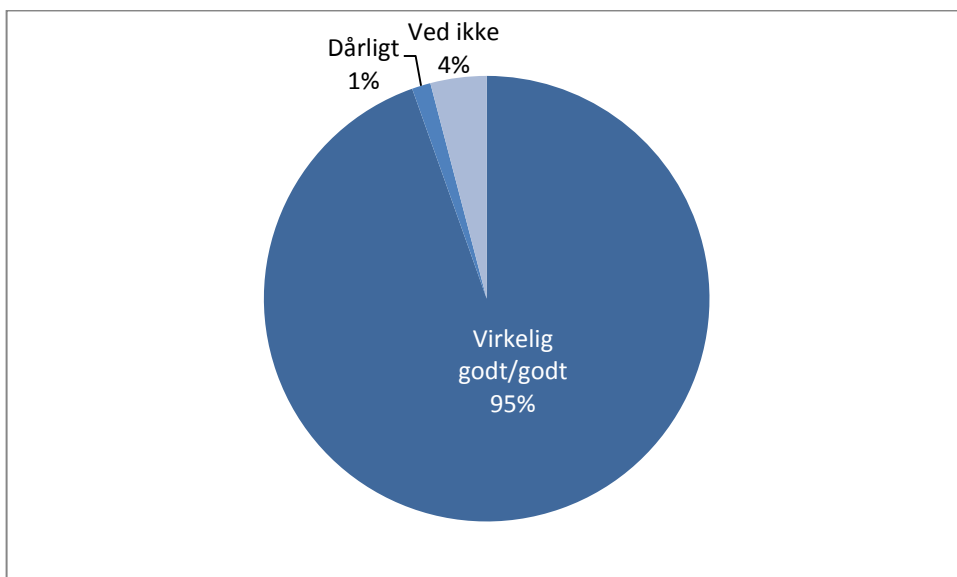
**Figur 21: Fordeling på spørgsmålet: Oplever du, at du får den rette behandling i ambulans akutteam? (pct.)**



Note 6. Figuren er baseret på 256 besvarelser fra alle fem AAT-projekter.

Figur 22 illustrerer, hvorledes patienter opfatter besøgene fra AAT. Figuren viser, at hele 95 procent af de adspurgtes indtryk af AAT samlet set er 'godt' eller 'virkelig godt'. Kun 1 procent har tilkendegivet, at det samlede indtryk af AAT er dårligt. Samlet set har patienterne altså et meget positivt indtryk af AAT-besøg.

**Figur 22: Fordeling på spørgsmålet: Hvad er dit samlede indtryk af dine besøg af ambulans akutteam? (pct.)**

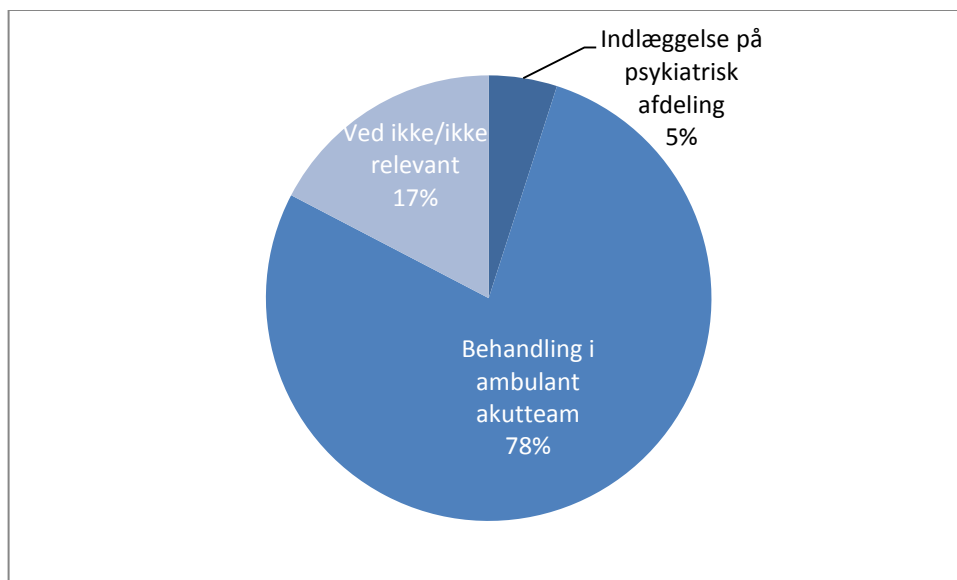


Note 7. Figuren er baseret på 221 besvarelser.

Figur 23 illustrerer, hvilken behandling patienterne foretrækker i en akut psykiatrisk krise. Spørgsmålet lyder: Hvis du skal vælge mellem at blive behandlet ved indlæggelse på en psykiatrisk afdeling og behandling i Ambulant Akutteam, hvilken foretrækker du? Det fremgår af figuren at 78 procent foretrækker AAT-behandling. Det svarer til, at 4 ud af 5 foretrækker AAT-behandling frem for indlæggelse. Figuren viser yderligere, at 5 procent foretrækker indlæggelsesbehandling.

Af figur 23 fremgår, at 17 procent tilkendegiver, at de er i tvivl. Det kan hænge sammen med, at patienterne i højere grad ser indlæggelse som et supplement til AAT-behandling. Flere patienter påpeger, at de ikke finder det realistisk at undvære indlæggelsesbehandling, når de er meget syge og forpinte.

**Figur 23: Fordeling på spørgsmålet: Hvis du skal vælge mellem at blive behandlet ved indlæggelse på en psykiatrisk afdeling og behandling i ambulant akutteam, hvilken foretrækker du? (pct.)**



Note 8. Figuren er baseret på 121 besvarelser. Det relativt lave respondentantal skyldes at, Region Midtjylland har anvendt et alternativt spørgeskema, som ikke indeholder dette spørgsmål.

## 5.5 Sammenfatning af resultater

I ovenstående afsnit er udviklingen i indlæggelser for AAT-projekternes optageområder gennemgået.

Der kan ikke dokumenteres en nedgang i forbruget af indlæggelser eller ambulant besøg efter indførelsen af AAT-behandling. Analyserne viser nærmere et relativt stabilt forbrug af indlæggelsesbehandling. Det tyder på, at AAT-behandling til dels er en behandlingsform, som dækker et stigende behov for psykiatrisk behandling.

AAT-behandling er en behandlingsform som er forbundet med meget høj patienttilfredshed. I den første evalueringsrapport er der redegjort for, at AAT-behandling på alle spørgsmål er forbundet med en bedre patienttilfredshed. Patienternes fortællinger om AAT-behandling, beskriver en behandlingsform som i høj grad understøtter den personlige recovery-proces.

I nærværende undersøgelse er det dokumenteret, at patienterne oplever, at de får den rette behandling, at de har et godt indtryk af behandlingen, og at de vil foretrække AAT-behandling frem for indlæggelse.



## 6 Virksomme elementer i indsatser

De foregående afsnit fokuserede på udviklingen i indlæggelser og patienttilfredshed. Dette afsnit fokuserer på, hvilke elementer der kan karakteriseres som virksomme i AAT-behandling. Redegørelsen er dels baseret på en opsummering af resultaterne fra den første evalueringsrapport og dels på analyser af statusrapporterne, projektrevisioner mv.

Af den første evaluering fremgik et overbliksbillede over de kernestrategier for AAT-behandling, som var implementeret i AAT-projekterne. Dette er gentaget i nærværende rapport, som også indeholder en vurdering af, om AAT-projekterne på nuværende tidspunkt er implementeret i overensstemmelse med principperne for AAT-behandling.

### 6.1 Projekternes overensstemmelse med principper for AAT

Projekterne vurderes på baggrund af syv overordnede parametre. Der er knyttet et varierende antal indikatorer til hver parameter, hvilket fremgår af figur 15. Fremstillingen fokuserer også på, hvorledes der er søgt innovative løsninger på problemstillinger. En del af disse problemstillinger er resultatet af betingelser, som AAT-projekterne arbejder under. Et eksempel er AAT Nordjyllands kompensering for manglende gatekeeperfunktion. Et andet eksempel er detaljerede planer med udførlige kontaktoplysninger for hjælp uden for AAT's åbningstider. Dette initiativ startede i AAT Midtjylland, men er efterhånden udbreddt til alle regionale AAT-projekter.

#### Organisering

Vurderingen af organisering af AAT-projekterne angår flere forhold: Implementeringsforudsætninger, tilgængelig gatekeeperfunktion og tilstedeværelsen af et multidisciplinært AAT.

Gennemgangen af **implementeringsforudsætningerne** var prioriteret i den første evalueringsrapport.<sup>18</sup> Region Syddanmark og Region Sjælland har som tidligere beskrevet revideret deres projekter. Endvidere har Region Midtjylland igangsat en ambitiøs videreudvikling af AAT-projektet, hvilket afstedkommer en ny implementeringsfase.

I litteraturen beskrives det som centralt, at **gatekeeperfunktionen** til indlæggelse eller AAT-behandling er i AAT-teamet. Derved undgår man at indlægge patienter, som kunne have været behandlet ved AAT. Region Hovedstaden er den eneste region, hvor AAT-teamet varetager gatekeeperfunktionen. De øvrige 4 regioner har ikke en gatekeeperfunktion. Det er derfor vigtigt at sikre, at patienter, som kan behandles med AAT-behandling, ikke bliver indlagt. I de fire øvrige projekter er der derfor arbejdet med modeller for at sikre anvendelse af AAT fremfor indlæggelsesbehandling i tilfælde, hvor AAT er relevant. I Region Nordjylland er AAT tæt forbundet med sengeafsnittet. De to AAT-medarbejdere var af den opfattelse, at det var deres opgave at påpege, hvilke indlagte patienter de anså for egnede til AAT-behandling. De to medarbejdere har på den vis opbygget en gatekeeperfunktion, som afdelingspersonale såvel som AAT-medarbejdere anser for nyttig i forhold til at afkorte – og for kendte patienter – undgå indlæggelse.

Den tredje parameter er **tilgængelighed** for AAT-behandling hele døgnet. Det er kun Region Hovedstaden, som tilnærmelsesvis har tilgængelighed alle døgnets timer. I de fire øvrige regioner har patienterne ikke mulighed for at komme i kontakt med AAT-teamet

---

<sup>18</sup> <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/evaluering-af-forsog-med-ambulante-akutteams-i-den-regionale-psykiatri>

på døgnbasis. I Region Midtjyllands optageområde er det muligt for patienterne at kontakte Psykiatrisk Rådgivningstelefon uden for åbningstiden. I Region Nordjyllands optageområde er det struktureret således, at det eksisterende personale har ansvaret for AAT uden for åbningstiden. Patienterne i disse behandlingstilbud beskriver, at det er af stor betydning for deres tryghed og mestringsevne, at de ved, at de kan komme i kontakt med deres primærbehandler. Konkret beskriver flere patienter, at de foretrækker at vente med at ringe, til de kan få kontakt med deres primærbehandler. I Region Sjællands og Region Syddanmarks optageområde er det i udgangspunktet muligt at komme i kontakt med personalet ved at kontakte den psykiatriske akutmodtagelse ved det respektive sengeafsnit. Der arbejdes i begge projekter med en bedre løsning på dette.

Flere studier (jf. litteraturstudiet) fremhæver, at AAT bør være sammensat som **multidisciplinært team**. Nødvendigheden af psykiaterkompetencer fremhæves som en central ressource. I AAT Nordjylland og AAT Syddanmark er der psykiatere i teambemandingen. AAT Sjælland har lavet en model, hvor der er 10 timers psykiaterkompetence til AAT'et. Det er psykiateren fra PAM (Psykiatrisk Akutmodtagelse), der varetager opgaven. AAT Midtjylland forsøgte med en shared care-model. I 2017 reviderede AAT Midtjylland projektet, bl.a. med henblik på en anden model for psykiatertilknytning. AAT Syddanmark anvender psykiater i PAM.

### **Målgruppe for AAT-behandling**

En stor udfordring i forhold til AAT-behandling er afgrænsning af patientgruppen, idet patienterne hverken må være for syge eller raske (jf. litteraturstudiet og figur 1 i indledningen). AAT-behandling er ikke relevant for meget syge og forpinte patienter, hvor der ikke kan indgås aftaler om, at patienten ikke forsøger at begå selvmord, eller i tilfælde hvor patienten er ukontrollabelt udadreagerende. I sådanne tilfælde skal patienten indlægges. AAT-behandling er heller ikke relevant for patienter, som ikke er i den akutte fase. I sådanne tilfælde er den relevante behandling ambulante behandling, behandling ved egen læge, kommunal støtte i form af støttekontaktperson mv.

Ingen af projekterne fik tildelt en klar grøn farve i 2017. Det gør de heller ikke denne gang. Det skyldes, at alle projekterne har udfordringer i forhold til dels at afslutte og videregive patienter, som ikke længere er i den akutte fase, og dels at der inkluderes patienter, som ikke er tilstrækkeligt syge. Alle projekter har påpeget netop disse udfordringer.

### **Behandlingsindhold**

Flere elementer fremhæves som centrale for et effektivt behandlingsforløb. Projekterne blev i 2017 vurderet op imod de mest centrale elementer, som er:

- Hurtig respons i forhold til at påbegynde behandling
- Behandling er ved besøg hjemme ved patienten (og ikke ambulante besøg i psykiatrien)
- Tilknytning af en primærbehandler til patienten
- Risiko- og symptomvurdering
- Behandlings- og kriseplan
- Medicinsk administration og supervision
- Psykologiske interventioner

Alle projekter har de væsentligste elementer med i AAT-behandlingen. Endvidere har projekterne arbejdet med de problemer, som tidligere blev identificeret. Det bør nævnes, at problemstillingen i forhold til elementet 'medicinsk administration og supervision' har sammenhæng med manglende tilgængelighed af psykiaterkompetencer.

For alle fem AAT-projekter er psykologiske interventioner med henblik på opbygning af mestringskompetencer en integreret del af behandlingen.

### **Tværasektoriel koordinering**

Det tværasektorielle samarbejde er en central del af et sammenhængende og helhedsorienteret AAT-behandlingstilbud. Det gælder for alle AAT-projekter, at AAT's funktion i forhold til at bidrage til tværasektoriel koordinering er et af de stærkeste elementer ved AAT-behandlingen.

For et velfungerende AAT-forløb er det ofte nødvendigt at inddrage og tilknytte en kommunal støtte-/kontaktperson. Støttepersonen kan fx hjælpe med at finde en løsning på arbejdssituationen, tage en snak med lægen, kommunens familieafdeling osv., inddrage familien og forholde sig til evt. børns situation.

AAT-behandlingens styrke i forhold til koordination er, at behandlerne opnår en langt bedre viden om patientens situation. Denne viden opnås, fordi behandlerne er hjemme ved patienterne. Behandleren kan se, hvilket udfordringer patienten står over for, og hvor der er ressourcer i patientens liv. AAT-medarbejderen kan med sin nye tilegnede viden være drivkraft for, at relevante indsatser tilbydes og koordineres.

### **Alternativ til indlæggelse**

I 2017 var vurderingen, at AAT i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Nordjylland udgjorde alternativer til indlæggelse. I forhold til Region Sjællands og Region Syddanmarks AAT-tilbud er der enkelte forhold, som det er blevet anbefalet, at der optimeres på. Mest centralt er, at behandling ved AAT Sjælland i højere grad primært skal foregå i hjemmet. Desuden bør mindre syge patienter i højere grad ekskluderes fra patientgruppen, så kun akut psykisk syge patienter inkluderes.

Region Syddanmark er det projekt, som har gennemgået den største revidering, som bl.a. indbefattede en flytning. I udgangspunktet var projektet en mobil skadestue, hvor behandlingen bestod af et besøg. Det er ændret, så AAT-behandlingen overordnet set er i overensstemmelse med principperne og kerneelementerne for AAT-behandling. Derudover arbejdes der i projektet med tilknytning af primær kontaktperson, kontaktkort, oplysninger om kontaktmuligheder uden for åbningstid og visitation af patienter til AAT-tilbuddet.

**Figur 24: Oversigt over målopfyldelse på kernestrategi for AAT-behandling**

		Region Nordjylland		Region Midtjylland		Region Syddanmark		Region Sjælland		Region Hovedstaden	
		I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
ORGANISATION	Implementeringsforudsætninger	Green	Yellow	Green	Light Green	Red	Light Green	Red	Light Green	Green	Green
	Gatekeeperfunktion	Red	Blue Circle	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Green	Green
	Tilgængelighed 24/7	Yellow	Blue Circle	Yellow	Blue Circle	Red	Blue Circle	Red	Blue Circle	Green	Green
	Multidisciplinært tema med psykiaterkompetencer	Green	Green	Red	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green
MÅLGRUPPE	Sammenlignelig med indlæggelse	Light Green	Light Green	Light Green	Light Green	Yellow	Light Green	Yellow	Light Green	Light Green	Green
BEHANDLINGSINDHOLD	Hurtig respons	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	Hjemmebesøg, evt. hyppige	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Red	Green	Green	Green
	Primær behandler	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Red	Green	Green	Green
	Risiko- og symptomvurdering	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	Formulering af behandlings- og kriseplan	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	Medicinsk administration og supervision	Green	Green	Yellow	Light Green	Red	Yellow	Green	Yellow	Green	Green
	Psykologiske interventioner	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
SAMMENHÆNG I BEHANDLINGSFORLØB	Tværasektorielt samarbejde	Green	Green	Green	Green	Yellow	Light Green	Yellow	Light Green	Green	Green
INDLÆGGELSESTAL	Indlæggelser	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
	Genindlæggelser	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
	Sengedage	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
ALTERNATIV TIL INDLÆGGELSE	Samlet vurdering af om AAT er et indlæggelsesalternativ	Green	Blue Circle	Green	Green	Yellow	Light Green	Yellow	Light Green	Green	Green

## **6.2 Ambulant akutteam, N7, Psykiatrien i Frederikshavn, Region Nordjylland**

I evalueringen fra 2017 blev det anbefalet, at AAT Nordjylland udvidede sit virke til også at inkludere patienter, som ikke forud for AAT-forløb havde været indlagt i N7. Denne anbefaling var baseret på, at N7 havde fundet meget kreative løsninger på de udfordringer, der var forbundet med projektets begrænsede størrelse.

De kreative løsninger indebar blandt andet, at AAT-personalet var meget aktive i sengeafsnittet N7 i forhold til at udskrive patienter til AAT-behandling (derfor den blå prik i oversigten). Derudover var der meget stort engagement i at skabe de bedst mulige betingelser i patienternes hverdagsliv. Dette forudsatte et tværsektorielt samarbejde, herunder bl.a. møder med patientens bank, arbejdsgiver, jobcenter, kommunale instanser mv. Fra patienternes side og Frederikshavns Kommune blev det fremhævet som meget værdifuldt. Bl.a. beskrev kommunens medarbejdere, at de nu endelig havde fået kontakt og fundet løsninger til borgere, som de ikke tidligere havde kunnet hjælpe på tilstrækkelig vis.

AAT-medarbejdernes fokus på at hjælpe patienterne ved overgangen fra udskrivelse til mestring af eget liv har resulteret i en positiv holdningsændring i Frederikshavns Kommune. I opstartsperioden omtalte kommunens personale AAT-projektet som 'opgaveglid' (fra region til kommune). Afslutningsvis blev AAT-projektet beskrevet som et samarbejdsprojekt, der giver merværdi i kommunen.

Projektet i Nordjylland har begrænset tilgængelighed grundet størrelsen på projektet. Det tætte samarbejde med sengeafsnittet N7 har kompenseret en del for denne mangel i projektet.

Opsigelserne fra de to medarbejdere og usikkerhed om videreførelsen af projektet har sandsynligvis sat projektets udvikling noget tilbage.

## **6.3 Ambulant akutteam, Regionspsykiatrien Vest, Region Midtjylland**

I sommeren 2018 flyttede AAT ind i Sundhedshuset i Holstebro, hvor der blev oprettet 5 regionale døgnpladser og 3 kommunale døgnpladser. Sengeafsnittene, som AAT oprindeligt havde tilknyttet, er nedlagt. AAT-projektet er udvidet, så der på nuværende tidspunkt er 20 ansættelser i projektet. Det er en positiv udvikling oven på en noget turbulent periode i 2017.

AAT i Region Midtjylland udmærker sig ved at være et reelt alternativt til indlæggelse, hvor højt kvalificerede sygeplejersker tilbyder et veldefineret behandlingsindhold, og gennemfører mange succesfulde behandlingsforløb. Derudover udmærker teamet sig ved at komme på hyppige besøg og yde telefonisk støtte i den mest akutte fase. Dette resulterer i stor patienttilfredshed.

Patienterne udtrykker stor tilfredshed med den hjælp og støtte, de har fået i deres AAT-forløb. Patienterne fremhæver, at understøttelsen og hjælpen fra AAT-medarbejderne har gjort dem bedre i stand til at mestre de udfordringer, de oplever i deres hverdagsliv. Det fremhæves som yderst positivt, at AAT-behandlingen foregår i eget hjem med hyppige besøg og yderst kompetent personale. Medarbejderne udtrykker ligeledes stor arbejds glæde ved at gennemføre forløb baseret på hjemmebesøg.

Det tværsektorielle samarbejde med kommunerne er meget velfungerende og velorganiseret, hvor det sociale aspekt af patienternes aktuelle situation håndteres fornuftigt. Projektet arbejder især tæt sammen med kommunale medarbejdere ved Holstebro Kommune, som deltager i en konference med teamet hver 14. dag. Det tætte og veldefinerede samarbejde gavner patienternes i overgangen fra AAT til andre instanser og behandlings-tilbud.

De positive elementer i AAT Midtjylland bliver videreført og udviklet i Sundhedshuset i Holstebro i fællesskab med Holstebro, Struer og Lemvig Kommune (jf. statusrapporten).

#### **6.4 Den mobile skadestue (DMS), Psykiatrisk Afdeling Vejle, Region Syddanmark**

AAT Syddanmark havde en turbulent begyndelse, hvor projektet gennemgik en justering fra at være et meget kortvarigt akut forløb på 1 besøg til at være et behandlingstilbud i overensstemmelse med mange af principperne for AAT-behandling.

AAT Syddanmark har udmærket sig ved en fokuseret behandling for kvinder, som oplever psykiatriske problemer efter en fødsel. AAT Syddanmark blev meget hurtig klar over, at netop denne målgruppe har betydelig gavn af AAT-behandling, da indlæggelse i disse tilfælde er specielt problematisk grundet nedsat kontakt med det nyfødte barn, familie mv.

AAT i Syddanmark er planlagt til at fortsætte til 2018. Det vil give AAT Syddanmark mulighed for en bedre implementering af det udviklingsarbejde, som er igangsat. AAT Syddanmark udmærker sig ved at have en meget kompetent medarbejderstab, hvor sygeplejersker har psykiatrisk specialuddannelse og meget lang erfaring med psykiatrisk behandling. Dette højner kvaliteten i AAT-behandlingen, og er baggrunden for de positive forløb, som teamet gennemfører.

Patienterne udtrykker tilfredshed med AAT-behandlingen, som har hjulpet dem til bedre at mestre deres livssituation. Patienterne fremhæver det positive ved, at AAT-behandlingen foregår i hjemmet, samt at behandlingssamtalerne med AAT-personalet sker hurtigt efter visitering til AAT.

Ved sidste evaluering blev det påpeget, at AAT Syddanmark bør dedikere en fast kontaktperson til hvert patientforløb. Der er arbejdet med dette punkt, ligesom der er udarbejdet skriftlig kontaktinformation mv.

#### **6.5 Ambulant akutteam, Psykiatrien Syd i Vordingborg, Region Sjælland**

Region Sjællands AAT-projekt blev revideret og kom af den grund lidt sent i gang. Det har siden igangsættelsen udviklet sig i en positiv retning mod relativt god overensstemmelse med principperne for AAT-behandling.

AAT Syddanmark har søgt løsninger på de udfordringer, der har været – eksempelvis mangel på bil. AAT Syddanmark har også fokuseret på udviklingen af det tværsektorielle samarbejde. Det anbefales, at teamet søger at inkludere mere syge patienter med henblik på at opnå en større patientmængde samt undgå flere indlæggelser.

De væsentligste succeser ved AAT i Region Sjælland er dels patienttilfredshed og dels medarbejdertilfredshed.

Patienterne italesætter, at de har haft meget gavn af AAT-behandlingen og fremhæver, at den understøttelse og hjælp de modtager fra AAT-medarbejderne, har gjort dem bedre i stand til at mestre de udfordringer, de møder i deres hverdagsliv. Medarbejderne fremhæver, at deres arbejde er meningsfuldt. Endvidere udmærker teamet sig ved at have en medarbejderstab med meget lang psykiatrisk erfaring, som yder en kvalificeret og kompetent psykiatrisk hjemmebehandling, som patienterne udtrykker det. Desuden bør det fremhæves, at der har været stærkt medarbejder- og ledelsesengagement i forbindelse med revurderingen af projektet. Revurderingen af projektet har på relativt kort tid resulteret i, at sengeafdelingen er begyndt at sende patienter til behandling i AAT. Det kan forventes at have effekt på indlæggelsestiden, således at denne afkortes.

#### **6.6 Akut Psykiatrisk Hjælp (APH), Psykiatrisk Center Frederiksberg, Region Hovedstaden**

AAT-projektet i Region Hovedstaden tilbyder et intensivt behandlingstilbud, som er sammenligneligt med indlæggelsesbehandling. AAT Hovedstaden har patienter i forløb, som uden tilbuddet om AAT-behandling ville have været indlagt på psykiatrisk afdeling. Et

opmærksomhedspunkt i AAT-projektet ift. målgruppen er, at der ikke inkluderes patienter som normalt henvises til egen læge eller egenfinansieret psykolog behandling.

Der kan fremhæves flere succeser i forbindelse med APH. APH har en patientvolumen, som bevirker, at der kan være relativt mange ansatte, herunder 1 ledende psykiater på fuld tid. En generel problemstilling i psykiatrien er mangel på speciallæger. Ved APH har den ledende psykiater det overordnede overblik og i høj grad et vejledningsansvar i forhold til forvagter mv. Endvidere er der udarbejdet en model, hvor specialpsykologen afhjælper psykiaterens arbejdsbyrde. Arbejdstilrettelæggelsen bevirker en maksimal udnyttelse af specialelægeressourcerne i forhold til det, som kan karakteriseres som psykiatriske specialelægekerneopgaver. Desuden er der oprettet en sundhedsfaglig klinik, hvor alle patienter i APH bliver udredt somatisk.

I kraft af tilknytningen til socialrådgiverne i projektet Integreret Psykiatri er det muligt for socialrådgiverne at komme mere i bund med patientens sociale problemstillinger.

APH har haft rigtig gode resultater i forhold til unge mødre, som har udviklet angst eller depression. Denne gruppe startes som regel op med antidepressiv medicin og får, hvad APH vurderer at være gode forløb med angstmestring, håndtering af præstationsangst og kognitiv terapi, som teamet er uddannet i. De får også ofte en form for akupunktur (kaldet NADA), som har givet gode resultater. Desuden har APH også mange andre gode forløb, fx med ældre, som kan blive i eget hjem.

APH er lokaliseret på Frederiksberg, hvilket grundet befolkningstætheden mv. betyder, at en stor del af patientbesøgene foregår på el-cykel. Det kan naturligvis ikke lade sig gøre for de øvrige projekter, som i langt højere grad har deres virke i mere tyndt befolkede områder. Men det kan virke som inspiration til projekter i større byer, hvis AAT skal udvides eksempelvis, fx Aarhus, Aalborg, Odense, Roskilde mv.

## 7 Bilagsoversigt

### **Tabel 4**

Baggrundskarakteristika for alle patienter i den regionale psykiatri i optageområderne for AAT-projekterne

### **Tabel 5**

Baggrundskarakteristika for patienter der bruger indlæggelsesbehandling og ikke har modtaget AAT-behandling i optageområderne fordelt på regioner

### **Tabel 6**

Patientkarakteristika for patienter i optageområderne som bruger AAT-behandling fordelt på regioner



**Tabel 4: Baggrundskarakteristika for alle patienter i den regionale psykiatri i optageområderne for AAT-projekterne**

Optageområde	Region Hovedstaden		Region Midtjylland		Region Nordjylland		Region Syddanmark		Region Sjælland		I alt	
Køn	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Mand	2371	41	1682	45	864	46	5503	47	4392	48	14812	46
Kvinde	3395	59	2065	55	1002	54	6136	53	4771	52	17369	54
<b>Aldersgruppe</b>												
18-30 år	2375	41	1712	46	747	40	4766	41	3568	39	13168	41
30-40 år	1266	22	757	20	368	20	2486	21	1786	19	6663	21
40-50 år	1024	18	652	17	368	20	2214	19	1863	20	6121	19
50-67 år	1101	19	626	17	383	21	2173	19	1946	21	6229	19
<b>Diagnosegruppe</b>												
Organiske inklusive symptomatiske psykiske lidelser	75	1	66	2	38	2	261	2	223	2	663	2
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer	379	7	135	4	117	6	542	5	514	6	1687	5
Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser	933	16	287	8	230	12	1237	11	1118	12	3805	12
Affektive sindslidelser	1298	23	590	16	291	16	2313	20	1524	17	6016	19
Nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer	1515	26	754	20	591	32	3023	26	2858	31	8741	27
Adfærdssændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	468	8	88	2	36	2	214	2	173	2	979	3
Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen	417	7	129	3	213	11	782	7	919	10	2460	8
Mental retardering	26	0	66	2	43	2	339	3	128	1	602	2
Psykiske udviklingsforstyrrelser	69	1	110	3	59	3	205	2	116	1	559	2
Adfærd- og følelsesmæssige forstyrrelser sædvanligvis opstået i barndom eller adolescens	217	4	277	7	97	5	967	8	387	4	1945	6
Anden psykisk lidelse	369	6	1245	33	151	8	1756	15	1203	13	4724	15
<b>I alt</b>												
Antal patienter	5766		3747		1866		11639		9163		32181	

**Table 5: Background characteristics for patients who use inpatient treatment and have not received AAT-treatment in the catchment areas distributed by region**

Optageområde	Region Hovedstaden		Region Midtjylland		Region Nordjylland		Region Syddanmark		Region Sjælland		I alt	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Køn</b>												
Mand	772	51	392	56	267	52	1421	54	1541	57	4393	54
Kvinde	729	49	314	44	243	48	1230	46	1156	43	3672	46
<b>Aldersgruppe</b>												
18-30 år	464	31	254	36	173	34	884	33	850	32	2625	33
30-40 år	299	20	135	19	81	16	560	21	504	19	1579	20
40-50 år	317	21	141	20	120	24	569	21	640	24	1787	22
50-67 år	421	28	176	25	136	27	638	24	703	26	2074	26
<b>Diagnosegruppe</b>												
Organiske inklusive symptomatiske psykiske lidelser	23	2	18	3	15	3	50	2	66	2	172	2
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer	304	20	79	11	65	13	376	14	384	14	1208	15
Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser	472	31	162	23	124	24	601	23	599	22	1958	24
Affektive sindslidelser	330	22	126	18	87	17	538	20	464	17	1545	19
Nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer	240	16	126	18	148	29	556	21	662	25	1732	21
Adfærd ændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	22	1	10	1	6	1	28	1	20	1	86	1
Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen	40	3	25	4	23	5	122	5	172	6	382	5
Mental retardering	1	0	8	1	3	1	5	0	23	1	40	0
Psykiske udviklingsforstyrrelser	14	1	17	2	7	1	16	1	15	1	69	1
Adfærd- og følelsesmæssige forstyrrelser sædvanligvis opstået i barndom eller adolescens	19	1	19	3	10	2	88	3	56	2	192	2
Anden psykisk lidelse	36	2	116	16	22	4	271	10	236	9	681	8
<b>I alt</b>												
Antal patienter	1501		706		510		2651		2697		8065	

**Tabel 6: Patientkarakteristika for patienter i optageområderne som bruger AAT-behandling fordelt på regioner**

Optageområde	Region Ho-vedstaden		Region Midtjylland		Region Nordjylland		Region Syd-danmark		Region Sjælland		I alt	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Køn</b>												
Mand	293	39	162	37	62	37	386	44	331	41	1234	40
Kvinde	467	61	278	63	105	63	487	56	484	59	1821	60
<b>Aldersgruppe</b>												
18-30 år	287	38	170	39	47	28	217	25	265	33	986	32
30-40 år	164	22	79	18	31	19	176	20	146	18	596	20
40-50 år	124	16	90	20	29	17	188	22	158	19	589	19
50-67 år	185	24	101	23	60	36	292	33	246	30	884	29
<b>Diagnosegruppe</b>												
Organiske inklusive symptomatiske psykiske lidelser	31	4	18	4	11	7	93	11	62	8	215	7
Affektive sindslidelser	282	37	122	28	63	38	212	24	211	26	890	29
Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer	270	36	119	27	46	28	191	22	249	31	875	29
Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	10	1	6	1	1	1	13	1	4	0	34	1
Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen	42	6	16	4	18	11	40	5	101	12	217	7
Mental retardering	17	2	17	4	16	10	201	23	30	4	281	9
Psykiske udviklingsforstyrrelser	11	1	16	4	2	1	9	1	17	2	55	2
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser sædvanligvis opstået i barndom eller adolescens	13	2	17	4	6	4	49	6	22	3	107	4
Anden psykisk lidelse	84	11	109	25	4	2	65	7	119	15	381	12
<b>I alt</b>												
Antal patienter	760		440		167		873		815		3055	



[www.defactum.dk](http://www.defactum.dk)